

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

Bc. Irena Kozáková

**Edukace onkologických pacientů v problematice
venózních portů a hodnocení jejich spokojenosti
s implantovaným podkožním portem v průběhu
intenzivní léčby**

Diplomová práce

vedoucí práce: MUDr. Jaromír Hubáček, Ph.D.

Olomouc 2010

Anotace

Diplomová práce

Název práce:

Edukace onkologických pacientů v problematice venózních portů a hodnocení jejich spokojenosti s implantovaným podkožním portem v průběhu intenzivní léčby

Název práce v AJ:

Education of oncology patients in the issues of venous ports problematics and patients evaluation of satisfaction with their implanted subdermal ports during intensive treatment

Datum zadání: 2007-12-21

Datum odevzdání: 2010-06-30

Vysoká škola: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav ošetřovatelství

Autor práce: Kozáková Irena, Bc.

Vedoucí práce: MUDr. Jaromír Hubáček, Ph. D.

Oponent práce: MUDr. Vít Procházka

Abstrakt v ČJ:

Diplomová práce se zabývá problematikou edukace onkologických pacientů v problematice venózních portů a hodnocením jejich spokojenosti s implantovaným podkožním portem v průběhu intenzivní léčby.

V teoretické části jsou podrobně rozpracovány kapitoly týkající se kvality života, implantabilního podkožního portu a edukace. V praktické části jsou předkládány výsledky anonymního dotazníkového šetření prováděného od dubna 2009

do ledna 2010 u pacientů s implantovaným podkožním portem v prostředí hemat-onkologické kliniky FN Olomouc. Součástí praktického oddílu práce je edukační materiál určený pro tyto pacienty. Je zaměřený na shrnutí základních informací důležitých pro pacienta a jeho blízké před implantací a následně i v průběhu užívání portu. Jen dobře edukovaný klient může aktivně spolupracovat se zdravotnickými profesionály při péči o své zdraví. Výsledky výzkumného šetření jsou shrnuty v diskusi a v závěru práce.

Abstrakt v AJ:

This thesis deals with the issue of education of oncology patients in the issues of venous ports, as well as with the evaluation of their satisfaction with their implanted subdermal ports during intensive treatment.

The theoretical part of the thesis contains detailed chapters on the quality of life, implantable subdermal ports and education. The practical part presents the results of an anonymous questionnaire survey that was conducted between the end of April 2009 and the half of May 2010 among patients of the Haemato-oncology Department of the Olomouc University Hospital who have subdermal ports implanted. The practical part also includes educational materials for these patients. Its purpose is to summarise the basic information that is important for the patient and their relatives, both prior to the implantation and afterwards. Only well-informed client can actively cooperate with medical professionals during treatment. Research results are summarised in the discussion and conclusion.

Klíčová slova v ČJ:

Venózní port, péče ošetrovatelská, kvalita života, edukace, spokojenost, pacient onkologický, jehla Huberova, pacienti – výchova.

Klíčová slova v AJ:

Implantable venous-access port, nursing care, quality of life, education, satisfaction, oncological patient , needle, patient-education.

Rozsah: 250 s. včetně 30 s. příloh

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou použitou literaturu i ostatní zdroje.

Souhlasím současně s užitím práce ke studijním účelům.

V Olomouci dne 27. 6. 2010.

.....

Poděkování

Děkuji MUDr. Petru Hubáčkovi, Ph.D., z Hemato-onkologické klinicky FN Olomouc, vedoucímu závěrečné práce za odborné vedení, cenné rady a připomínky.

Rovněž děkuji Mgr. Václavu Kajabovi, Ph.D., z Hemato-onkologické kliniky FN Olomouc, odbornému konzultantovi závěrečné práce za jeho konzultační činnost, pomoc při zpracování práce, cenné rady a připomínky, díky nimž jsem diplomovou práci zdárně dokončila.

Bc. Martinu Šamajovi za umožnění výzkumu ve FN Olomouc na Hemato-onkologické klinice.

Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům za ochotné vyplnění dotazníku.

A v neposlední řadě všem, kteří mne při studiu podporovali.

Obsah

1	Úvod	9
2	Teoretická část	12
2.1	Implantabilní podkožní port	12
2.1.1	Úvod	12
2.1.2	Vývoj názvosloví	14
2.1.3	Historický exkurz	14
2.1.4	Materiály k výrobě portů a katétrů	16
2.1.5	Definice portu	17
2.1.6	Popis portu	18
2.1.7	Speciální portová jehla (Huberova) – popis	19
2.1.8	Kategorizace portů	20
2.1.9	Umístění portu na těle	22
2.1.10	Portové přístupy	23
2.1.11	Členění přístupů	24
2.1.12	Indikace portů	25
2.1.13	Kontraindikace k implantaci portů	28
2.1.14	Indikace k extrakci portů	28
2.1.15	Výhody portů	29
2.1.16	Implantace portu	30
2.1.17	Ošetrovatelská péče	35
2.1.18	Portová dokumentace	35
2.1.19	Komplikace u zavedených portů	36
2.1.20	Nejčastější komplikace, jejich příčiny, projevy a řešení	37
2.1.21	Společnost pro porty	46
2.2	Problematika kvality života	48
2.2.1	Vymezení pojmu kvalita	48
2.2.2	Definice kvality života	48
2.2.3	Historický náhled na kvalitu života	51
2.2.4	Kvalita života v jednotlivých oborech	52
2.2.5	Kritéria vymezující kvalitu života	55
2.2.6	Hierarchické členění kvality života	56
2.2.7	Faktory ovlivňující kvalitu života	58
2.2.8	Kvalita života a čas	59
2.2.9	Hodnocení a měření kvality života	60
2.2.10	Metody měření kvality života	63
2.2.11	Nástroje měření kvality života	65
2.2.12	Vlastnosti dotazníků	68
2.2.13	Problémy spojené s hodnocením kvality života nemocných	69
2.3	Edukace	71
2.3.1	Základní pojmy	71
2.3.2	Pojem edukace	72
2.3.3	Vývoj edukace	73
2.3.4	Úloha ošetrovatelství v edukaci	74
2.3.5	Edukační program	75
2.3.6	Organizace edukace	76

2.3.7	Základní premisy edukace	76
2.3.8	Zásady správné edukace klientů.....	77
2.3.9	Nejčastější chyby a omyly při edukaci.....	78
2.3.10	Faktory ovlivňující edukaci	79
2.3.11	Druhy edukace.....	79
2.3.12	Cíle edukace	79
2.3.13	Formy edukace	80
2.3.14	Fáze edukace	81
2.3.15	Dokumentace edukace	81
2.3.16	Odmítnutí edukace.....	82
2.3.17	Právní normy edukace klientů v ČR.....	82
2.3.18	Edukační proces.....	84
3	Praktická část.....	94
3.1	Cíle práce	94
3.2	Hypotézy.....	95
3.3	Metodika práce.....	97
3.3.1	Metodika výzkumu	97
3.3.2	Charakteristika souboru respondentů.....	97
3.3.3	Metoda užitá k šetření.....	97
3.3.4	Předvýzkum	99
3.3.5	Realizace šetření	100
3.3.6	Zpracování získaných dat.....	100
3.4	Interpretace dat.....	102
3.4.1	Demografické údaje	102
3.4.2	Otázky k edukaci.....	114
3.4.3	Spokojenost pacienta s portem.....	139
3.4.4	Kvalita života pacientů s portem.....	152
3.5	Interpretace dat k jednotlivým cílům a hypotézám	159
3.6	Diskuse	172
3.6.1	Cíl č. 1.....	172
3.6.2	Cíl č. 2.....	173
3.6.3	Cíl č. 3.....	176
	Závěr.....	193
	Cíl 1 – Zjistit průměrnou délku zavedení portu.....	195
	Cíl 2 – Zjistit způsob a míru edukace v souvislosti s implantovaným portem	196
	Cíl 3 – Zmapovat, jak portová komůrka ovlivňuje kvalitu života nemocných v oblasti fyzické i psychické.....	197
	Cíl 4 – Vytvořit informační leták o portech pro pacienty a jejich blízké.....	199
	Bibliografie.....	202
	Monografie, skripta atd.	202
	Odborné články	205

<i>Seznam zkratk a značek</i>	<i>210</i>
<i>Seznam tabulek</i>	<i>212</i>
<i>Seznam grafů</i>	<i>216</i>
<i>Seznam obrázků</i>	<i>218</i>
<i>Seznam příloh.....</i>	<i>219</i>
<i>Seznam příloh.....</i>	<i>219</i>
<i>Přílohy</i>	<i>220</i>
Příloha 1 – Žádost o povolení výzkumného šetření.....	221
Příloha 2 – Dotazník pro klienty s implantovaným portem.....	223
Příloha 3 – Dotazník kvality života (EuroQol)	231
Příloha 4 – Taxonomie výukových cílů	233
Příloha 5 – Práva pacientů	236
Příloha 6 – Amsterodamská deklarace	238
Příloha 7 – Etický kodex České lékařské komory	243
Příloha 8 – Poučení a informovaný souhlas pacienta	246
Příloha 9 – Edukační list.....	248
Příloha 10 – Edukační záznam – realizace	249
Příloha 11 – Informační leták o portech pro pacienty a jejich blízké.....	250

1 Úvod

Předkládaná diplomová práce s názvem „Edukace onkologických pacientů v problematice venózních portů a hodnocení jejich spokojenosti s implantovaným podkožním portem v průběhu intenzivní léčby“ zahrnuje 4 části:

- vymezení problematiky venózních portů,
- oblast kvality života v návaznosti na užívání portu,
- edukaci pacientů, kterým byl port implantován,
- výzkum, který mapuje zkušenosti pacientů s portem a vliv portu na jejich kvalitu života. V neposlední řadě má také posloužit jako podklad pro další orientaci edukace a vytvoření edukační brožury pro pacienty s implantovaným portem.

Problematika **implantace venózních portů** je v medicíně poměrně nová. Jde o velice progresivní formu získávání přístupu do oběhového systému. Její počátek můžeme datovat do 90. let 20. století a celosvětově se neustále rozvíjí. O teoretických východiscích historie, vývoje a budoucnosti této problematiky pojednává jedna kapitola diplomové práce.

V úvodu nelze opomenout, že ve světě je dynamický rozvoj portů již skutečností, zatímco v České republice lze teprve očekávat významný nárůst nemocných, kterým bude port implantován. Je proto velmi žádoucí, aby s indikacemi, základními pravidly aplikace do portu, ale zejména s jeho správným ošetřováním byli seznámeni nejen zdravotníci, ale v potřebném rozsahu i pacienti samotní.

Kvalita života je dnes ústředním pojmem všech pomáhajících profesí. Doplnuje objektivní ukazatele zdravotního stavu. Je užitečným indikátorem úspěšnosti zdravotní a sociální péče, zejména u pacientů s chronickými potížemi. V době, pro kterou je charakteristické prodlužování délky života a převaha chronických nemocí nad ostatními nemocemi, nepovažuje medicína za hlavní cíl zdraví nebo prodloužení života samo o sobě, ale právě zachování a zlepšení kvality života.

Téma předchozí části spojuje s pojmem „kvalita života“ jednak skutečnost, že tento pojem se v medicíně začal intenzivně využívat na počátku 70. let 20. století, a také že implantace portu může velmi pozitivně ovlivnit kvalitu života pacientů. Dává totiž do rukou lékařům možnost aplikovat „agresivní“ léčiva a jejich účinek nasměrovat přímo ke konkrétnímu orgánu. Dále snižuje nutnost hospitalizace, zvyšuje mobilitu pacientů a možnost jejich zapojení do normálního života. Není sice přímým nástrojem zlepšení zdravotního stavu, respektive zlepšení prognózy pacientovy nemoci, ale je významným činitelem pro kvalitnější život pacienta.

Edukace je hlavním tématem diplomové práce, ale také logickým spojníkem mezi problematikou implantace portu a kvalitou života. Nelze opomenout, že se význam edukace v medicíně stal frekventovaným od 70. let 20. století a nabývá stále většího významu, jak z hlediska informovanosti pacientů, tak z hlediska vytváření podmínek spolupráce mezi zdravotnickým personálem a pacienty.

Kvalitní edukace vytváří prostor, ve kterém vzniká tým složený ze zdravotníků (lékaři, zdravotní sestry a další profesionálové přicházející do styku s pacientem) a pacienta. Ten se tak stává významným členem týmu, jenž je neustále k dispozici a jeho ochota ke spolupráci je motivována osobním zájmem o zlepšení zdravotního stavu.

Je zřejmé, že úspěch léčby často závisí na postoji pacienta ke svému onemocnění, na jeho ochotě respektovat a dodržovat doporučení lékaře nebo zdravotní sestry. Jeho informovanost je proto důležitým předpokladem pro spolupráci se zdravotníky.

Jak již bylo zmíněno, edukace je hlavním tématem práce, avšak ve stávající legislativě nejsou přesně vymezeny role jednotlivých profesionálů (lékař, zdravotní sestra). Dokonce se v literatuře nevyskytují ani zásadní výzkumy o tom, který z těchto pracovníků se na edukaci podílí více. Pokusím se proto alespoň částečně některé z naznačených mezer zaplnit.

Poslední část práce je zaměřena na **kvantitativní výzkum**, jehož účelem je zmapovat zkušenosti pacientů s implantovaným portem, dopad implantace portu na kvalitu života pacientů a oblast edukace. Výsledky výzkumu mají sloužit jako podklad pro další zkvalitnění edukace a zejména pak k vytvoření edukační brožury o portu pro pacienty.

Naplnění uvedených cílů diplomové práce by mělo být příspěvkem k lepší informovanosti pacientů. Jen tak budou moci aktivně spolupracovat se zdravotnickými profesionály při péči o své zdraví a spolupodílet se na zvýšení efektivity léčby.

„Život neznamena jen být živ, ale žít v pohodě.“

Martialis

2 Teoretická část

2.1 Implantabilní podkožní port

2.1.1 Úvod

Vývoj podkožních aplikačních systémů (PAKS) úzce souvisí s vývojem implantabilních pump a byl vlastně jeho vedlejším produktem.¹ V anglosaské literatuře se nejčastěji užívá názvu „port“, což v překladu znamená přístav, přístaviště.² Bližší informace o vývoji názvosloví jsou uvedeny v kapitole 1.2.

Jde o systém určený pro získání bezpečného a dlouhodobého žilního, arteriálního, spinálního, peritoneálního a případně i intraoseálního přístupu.

Port je v poslední době stále častěji využívanou metodou.³ V České republice se začaly arteriální porty využívat kolem 80. let 20. století, venózní porty se využívají u onkologicky nemocných od 90. let téhož století.⁴ Ve světě je tato metoda v současnosti široce rozšířená.⁵ Jde o detailně propracovanou a bezpečnou metodu.⁶ Četnost různých typů zaváděných portů (venózní : arteriální : intraspinalní a peritoneální) ve světě je v průměru 85 : 10 : 5.⁷

Pro své nesporné výhody oproti jiným systémům je použití portů kladně hodnoceno jak nemocnými (zlepšují jejich kvalitu života), tak zdravotnickým personálem (ulehčují mu práci).⁸ Důvodem je skutečnost, že neustále přibývá pacientů na odděleních onkologických, hematologických, interních apod., kteří potřebují podstoupit léčbu vyžadující možnost dlouhodobého přístupu pro podávání léků, krevní odběry, transfúze a výživu.⁹ Důležitý je také fakt, že aplikace do portu je pro pacienta minimálně bolestivá a téměř vylučuje jiná známá rizika: např. flebitidy, nekrózy kůže a podkoží při podávání cytostatik apod. K takovýmto komplikacím může dojít zejména při špatné manipulaci s portem.¹⁰ Další výhodou je odstranění opakovaných kanylací centrálních žil.¹¹ Intravenózní porty nabízí pro onkologické pacienty větší komfort

¹ HÁJEK, R., ŠEVČÍK, P., ONDRÁŠEK, J., *Implantabilní podkožní porty*, s. 3.

² HÁJEK, R., ŠEVČÍK, P., ONDRÁŠEK, J., MAYER, J., VÁŠOVÁ, I., KRÁL, Z., TOMÍŠKA, M., KRAHULCOVÁ, E., PENKA, M., KUBEŠOVÁ, H., FOJTÍK, Z., HEJLOVÁ, N., FRAŇKOVÁ, H., TOBOLÍKOVÁ, V., KISS, I., *Podkožní aplikační komůrkový systém („port“) při dlouhodobé léčbě onkologicky nemocných*, *Vnitřní lékařství*, 1995, č. 41, s. 21.

³ ONDRÁK, M., KAPLAN, Z., ŠEFR, R., PENKA, I., FAIT, V., SÝKOROVÁ, Z., *Port a jeho úloha v léčbě onkologicky nemocných*, *Praktický lékař*, 2005, č. 12, s. 677.

⁴ HÁJEK, R., SUCHÝ, T., JANDÍK, P., FISCHER, J., NAVRATIL, M., VOBOŘIL, Z., BUSTOVÁ, I., *Využití portu Ella-Port® při zajištění dlouhodobého venózního a arteriálního přístupu*, *Klinická onkologie*, 1996, č. 2, s. 63.

⁵ HÁJEK, R., ŠEVČÍK, P., ONDRÁŠEK, J., *Implantabilní podkožní porty*, s. 2.

⁶ FRICOVÁ, J., STŘÍTESKÝ, M., *Port – nový trend v aplikaci léčiv*, *Jak na bolest?* – příloha časopisu *Bolest*, 2006, č. 1, s. 31.

⁷ HÁJEK, R., ŠEVČÍK, P., ONDRÁŠEK, J., *Implantabilní podkožní porty*, s. 2.

⁸ Tamtéž.

⁹ B. BRAUN, *Implantabilní podkožní porty ... řešení pro dlouhodobé podávání léků (příručka pro profesionály)*, s. 2.

¹⁰ NOVÁKOVÁ, M., *Práce sestry s intravenózním portem při aplikaci chemoterapie*, *Zdravotnické noviny*. [online], dostupné na WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/prace-sestry-s-intravenoznim-portem-pri-aplikaci-chemoterapie-273995>>.

¹¹ CHARVÁT, J., CHLUMSKÝ, J., *Intravenózní porty v klinické praxi*, *Praktický lékař*, 2006, č. 6, s. 328.

během celé léčby - snižují nutnost hospitalizace, zvyšují mobilitu pacienta a jeho možnost zapojení se do normálního života.¹² Je tedy zřejmé, že port pacienta omezuje v jeho běžných aktivitách jen zcela minimálně.

Potřeba dlouhodobého vstupu do žilního řečiště vedla k vývoji systémů, které opakovaný přístup umožňují a současně minimalizují rizika související s implantací cizorodého materiálu. Jedním z nich je port – komůrka s membránou umístěná v podkoží, ze které vede katétr do centrální žíly. Takový vstup je bezpečný a při správném ošetřování jej lze používat několik let (membrána portu vydrží 3000 až 5000 vpichů speciálními jehlami).¹³ Po vyčerpání životnosti portu je port vyjmut, a pokud pacient port nadále potřebuje, je možné mu prakticky ihned zavést nový. Pacient může mít port zaveden pouze na několik týdnů a měsíců nebo i na dobu několika let.¹⁴ Samotný interval ponechání portu v těle závisí na lékaři a individuální terapii nemocného.¹⁵ Port se zavádí v lokální anestézii, výkon trvá 20 minut a lze jej provést ambulantně.¹⁶ Umísťuje se v podkoží na takové místo, kde jeho nositele co nejméně obtěžuje a současně umožňuje snadný přístup a manipulaci.¹⁷

Přes všechny tyto výhody jsou porty v českém zdravotnictví využívány mnohem méně než v jiných vyspělých zemích.¹⁸ Z celorepublikové statistiky vyplynul alarmující údaj, který potvrdil, že je u nás zavedeno zhruba pětkrát méně portů než ve vyspělých západních zemích (např. v Německu, ve Francii apod.).¹⁹ Z údajů distributorů můžeme odhadovat, že celkový počet portů implantovaných v ČR nepřesahuje 1 500 za rok. V Evropě se implantuje přibližně 1 500 portů na milion obyvatel ročně. V Německu dostane port každý rok 140 000 pacientů, ve Francii 70 000. K implantaci portu se tam přistupuje automaticky pokaždé, když pacienta čekají dva, tři cykly chemoterapie. U nás k tomu dochází velmi často až tehdy, když je periferní řečiště natolik zdevastované, že je nelze použít.

K pomalému rozšiřování popisované metody přispívá také skutečnost, že hrazení těchto systémů není bez problémů. Cena samotného portu se pohybuje kolem deseti tisíc korun.²⁰ Situaci komplikuje rovněž fakt, že zatím neexistují doporučené postupy pro ošetřování portů,²¹ čímž se zkracuje jejich životnost a zvyšuje se tak frekvence komplikací. Poptávka po intravenózních portech v současné době vysoce

¹² FRICOVÁ, J., STRÁTESKÝ, M., Implantabilní porty u onkologických pacientů, *Bolest, Suppl.*, 2006, č. 1, s. 34.

¹³ ONDŘICHOVÁ, L., Porty – úleva a komfort pro pacienty i personál, *Medical Tribune*, [online], dostupné na WWW: <<http://www.tribune.cz/clanek/13516>>.

¹⁴ FRICOVÁ, J., STRÁTESKÝ, M., Port – nový trend v aplikaci léčiv, *Jak na bolest?* – příloha časopisu *Bolest*, 2006, č. 1, s. 30.

¹⁵ BRAUN, *Příručka pro klienty s implantovaným podkožním venózním portem*, s. 2.

¹⁶ ONDŘICHOVÁ, L., Porty – úleva a komfort pro pacienty i personál, *Medical Tribune*, [online], dostupné na WWW: <<http://www.tribune.cz/clanek/13516>>.

¹⁷ CHARVÁT, J., CHLUMSKÝ, J., Intravenózní porty v klinické praxi, *Praktický lékař*, 2006, č. 6, s. 328.

¹⁸ ONDŘICHOVÁ, L., Porty – úleva a komfort pro pacienty i personál, *Medical Tribune*, [online], dostupné na WWW: <<http://www.tribune.cz/clanek/13516>>.

¹⁹ ŠTĚPÁNEK, M., II. celostátní konference o portech a permanentních katétrech, *Braunoviny*, 2009, č. 4, s. 15, dostupné na WWW: <<http://braunoviny.bbraun.cz/cs/braunoviny/2009/braunoviny-2009-04-nahled.pdf>>.

²⁰ revizní lékař VOZP ČR

²¹ ONDŘICHOVÁ, L., Intravenózní porty – ne zcela využitá příležitost, *Medical Tribune*, [online], dostupné na WWW: <<http://www.tribune.cz/clanek/12819>>.

převyšuje možnosti implantačních pracovišť a nejedná se pouze o kapacitní možnosti těchto pracovišť, ale zejména o ekonomická hlediska.²²

Vzhledem k tomu, že v ČR lze očekávat významný nárůst nemocných, kterým bude intravenózní port implantován, je žádoucí, aby byl nejen s indikacemi, ale především s pravidly při aplikaci do portu a jeho správným ošetřováním seznámen každý lékař i zdravotní sestra.²³ Většina materiálů poskytovaných výrobcí a dodavateli portu sice obsahuje informace na dostatečně vysoké profesionální úrovni, ale v nedostatečném rozsahu. To se týká především oblasti řešení jednotlivých komplikací a ošetrovatelské péče o port.²⁴

Tlak na zavádění portových systémů vedl skupinu lékařů, kteří se touto problematikou dlouhodobě zabývají, k založení odborné společnosti, která hodlá připravit návrhy na vytvoření standardů a protokolů pro indikaci, aplikaci a ošetřování dlouhodobých vstupů včetně intravenózních portů.²⁵

V následujícím textu se budeme věnovat pouze implantabilním venózním portům.

2.1.2 Vývoj názvosloví

Od začátku používání portu byla snaha jej terminologicky začlenit mezi jiné systémy s podobnou funkcí. Základ tvoří „venous access device“, tedy zařízení pro získání žilního přístupu. Tento termín zahrnuje pomůcky od flexily až po Hickmanův katétr a port. Že jde o něco nového a jiného bylo vyjadřováno doplňujícími výrazy „totally implantable“; „implantable subcutaneous“ apod. Celkem se uvádí v literatuře přes 15 druhů různých pojmenování. Ke konci 80. let, kdy se tato metoda stala již dost rozšířenou a všeobecně známou, se autoři článků přiklánějí k jednodušším pojmenováním. Ani v dnešní době neexistuje jeden všeobecně akceptovaný výraz. V literatuře se však běžně používá název „port“. V této práci nejčastěji kromě pojmu port používám výrazy implantabilní podkožní port, podkožní aplikační komůrkový systém, portový katétr nebo zkratku PAKS.²⁶

2.1.3 Historický exkurz

Rozvoj léčby onkologicky nemocných v 50. a 60. letech s sebou přinesl zásadní problém. Docházelo k devastaci povrchového žilního řečiště agresivními cytostatiky. Vznikaly povrchové tromboflebitidy, které mnohdy končily vazivovou obliterací povrchového žilního systému. Léčba výhradně intravenózně aplikovatelnými preparáty se tak komplikovala. U některých pacientů s nedostatečným povrchovým žilním

²² ŠTĚPÁNEK, M., II. celostátní konference o portech a permanentních katétrech, *Braunoviny*, 2009, č. 4, s. 15, dostupné na WWW: <<http://braunoviny.bbraun.cz/cs/braunoviny/2009/braunoviny-2009-04-nahled.pdf>>.

²³ CHARVÁT, J., CHLUMSKÝ, J., Intravenózní porty v klinické praxi, *Praktický lékař*, 2006, č. 6, s. 328.

²⁴ HÁJEK, R., ŠEVČÍK, P., ONDRÁŠEK, J., *Implantabilní podkožní porty*, s. 2.

²⁵ CHARVÁT, J., CHLUMSKÝ, J., Intravenózní porty v klinické praxi, *Praktický lékař*, 2006, č. 6, s. 328.

²⁶ HÁJEK, R., ŠEVČÍK, P., ONDRÁŠEK, J., *Implantabilní podkožní porty*, s. 4.

systemem nemohla být tato agresivní léčba vůbec zahájena. Bylo tedy nutné vymyslet způsob, jak zajistit vstup do žilního řečiště u onkologických pacientů po celou dobu jejich léčby.²⁷

Ve snaze zajistit si kvalitní žílu pro opakované venepunkce a aplikace cytostatik zkoušeli u pacientů vytvářet arteriovenózní zkraty (dále A-V). Cílem bylo zvětšit průsvit žíly, zvýšit průtok žilou a tím prodloužit její životnost pro podávané cytostatikum. Tyto shuntů však nesplnily očekávání a byly spojeny s vysokým procentem komplikací, především trombotických, spojených se ztrátou funkce A-V zkratu.²⁸

Historie vývoje a používání implantabilních portů je poměrně krátká, ale do budoucna lze předpokládat rozšíření jejich indikačních možností.

Chronologie vývoje:

1968 Dudrick a kol. zavedli první perkutánní infraklavikulární katétr.

1973 Broviac a kol. použili katétr z umělé hmoty, který byl tunelizován pro dlouhodobou a totální parenterální výživu,²⁹ vzhledem k použitému materiálu se výrazně snížily trombotické komplikace³⁰.

Byl vyvinut materiál Dacron (speciální manžeta v místě výstupu katétru z kůže, která tvoří mechanickou bariéru a brání tak možné infekci).

1978 Společností Bard Inc. Groshong® byl vyvinut katétr ze silikonové umělé hmoty, opatřený ventilem, který je prevencí proti refluxu krve a vzduchové embolie.

1979 Hickman a kol. modifikovali katétr tak, že zvýšili jeho vnitřní průměr,³¹ aby byl schopen komplexně zajistit nitrožilní podání chemoterapie u pacientů s akutní leukémií a po transplantaci kostní dřeně. U těchto pacientů se ukázala jeho největší nevýhoda – časté infekční komplikace (rozsah 10 – 50 % pacientů).³²

Ve stejném roce Hickman-Broviac® vyvinuli dvoucestný katétr.

1982 Niederhuber a za několik měsíců později Gyves použili první podkožní implantabilní port (titan, plast); port nazvali Infuse-A-Port a byl uveden na trh společností Infusaid Corporation.

Provedena první regionální chemoterapie jater v Německu.³³

²⁷ KAPLAN, Z., ONDRÁK, M., FAIT, V., SILÁK, J., SCHWANHAEUSER, K., SÝKOROVÁ, Z., Intravenózní portové systémy u onkologických pacientů MOÚ, *Klinická onkologie*, 2007, č. 3, s. 271.

²⁸ ONDRÁK, M., KAPLAN, Z., ŠEFR, R., PENKA, I., FAIT, V., SÝKOROVÁ, Z., Port a jeho úloha v léčbě onkologicky nemocných, *Praktický lékař*, 2005, č. 12, s. 677.

²⁹ FRICOVÁ, J. a STRÍTESKÝ M., Implantabilní porty v léčbě chronické bolesti, *Bolest*, s. 579.

³⁰ ONDRÁK, M., KAPLAN, Z., ŠEFR, R., PENKA, I., FAIT, V., SÝKOROVÁ, Z., Port a jeho úloha v léčbě onkologicky nemocných, *Praktický lékař*, 2005, č. 12, s. 677.

³¹ FRICOVÁ, J. a STRÍTESKÝ M., Implantabilní porty v léčbě chronické bolesti, *Bolest*, s. 579.

³² ONDRÁK, M., KAPLAN, Z., ŠEFR, R., PENKA, I., FAIT, V., SÝKOROVÁ, Z., Port a jeho úloha v léčbě onkologicky nemocných, *Praktický lékař*, 2005, č. 12, s. 677.

³³ FRICOVÁ, J. a STRÍTESKÝ M., Implantabilní porty v léčbě chronické bolesti, *Bolest*, s. 579.

- 1983** Společnost Braun Melsungen jako jedna z prvních dodala na trh port s názvem Implanofix, šlo o port celoplastový.³⁴
- 1984** PORTH-A-CATH systém vyvinula společnost Pharmacia Deltec a na trh byla rovněž uvedena CADD® pumpa, oba produkty pro ambulantní použití.
- 1989** Starkhammer a kol. vyvinuli P. A. S® port (Peripheral Access system).
Pharmacia Deltec Austenat diabetes centrum (Německo) představili Percuseal® port system pro intraperitoneální podávání inzulínu.
- 1993** VENTRA catheter byl představen společností Pharmacia Deltec.
- 1995** Společnost Pharmacia Deltec vyvinula systém PORTH-A-CATH II.
- 1999** P. A. S. port T2 systém vyvinula rovněž společnost Pharmacia Deltec.³⁵

Systémy perkutánně zaváděných katétrů se neustále zdokonalují a v indikovaných případech se používají dodnes. Inovace se týkají především použitých materiálů, zdokonalování nesmáčenlivosti povrchů, jako prevence trombotických komplikací; impregnace stříbrem, jako chemická antimikrobiální bariéra nebo přímá impregnace baktericidními látkami. Dále pak ve vlastním provedení katétru jsou k dispozici i několikacestné katétry s dokonalejšími pojistnými uzávěry.

V průběhu vývoje byly podkožní portové systémy podrobovány nejrůznějším zkouškám. Vzhledem k jejich prokázaným nesporným výhodám proti perkutánním katétrům došlo k jejich prudkému rozšíření a vývoji nových portových systémů. Týká se použitých materiálů, tvaru komůrek, jednoduchosti zámků, které zajišťují pevné spojení katétru s komůrkou. Rovněž musí být jednoduše a spolehlivě kompletovatelné při implantaci apod.

Dobré zkušenosti s venózními porty vedly k vývoji portových systémů, jejichž katétry můžeme implantovat i do jiných částí lidského těla. Můžeme se tedy setkat s porty arteriálními, epidurálními, peritoneálními, spinálními a dalšími.³⁶

2.1.4 Materiály k výrobě portů a katétrů

K výrobě vlastního portu se používají různé materiály (např. titan, platina, plast apod.). U některých druhů jsou tyto materiály kombinovány.³⁷

³⁴ HÁJEK, R., ŠEVČÍK, P., ONDRÁŠEK, J., MAYER, J., VÁŠOVÁ, I., KRÁL, Z., TOMÍŠKA, M., KRAHULCOVÁ, E., PENKA, M., KUBEŠOVÁ, H., FOJTÍK, Z., HEJLOVÁ, N., FRAŇKOVÁ, H., TOBOLÍKOVÁ, V., KISS, I., Podkožní aplikační komůrkový systém („port“) při dlouhodobé léčbě onkologicky nemocných, *Vnitřní lékařství*, 1995, č. 41, s. 22.

³⁵ FRICOVÁ, J. a STRÍTESKÝ M., Implantabilní porty v léčbě chronické bolesti, *Bolest*, s. 579.

³⁶ ONDRÁK, M., KAPLAN, Z., ŠEFR, R., PENKA, I., FAIT, V., SÝKOROVÁ, Z., Port a jeho úloha v léčbě onkologicky nemocných, *Praktický lékař*, 2005, č. 12, s. 677.

³⁷ FRICOVÁ, J. a STRÍTESKÝ M., Implantabilní porty v léčbě chronické bolesti, *Bolest*, s. 581.

Výhodou celoplastových portů je nízká hmotnost a hlavně skutečnost, že neruší obraz počítačové tomografie, nukleární magnetické rezonance a nestrětávají se s radioterapií, která může být součástí léčebné strategie.³⁸

Mezi nejnovější patří keramické porty, které jsou ze všech materiálů nejméně alergizující (INTRAPORT® II Keramik, Fresenius). Jsou určeny především pro pacienty s prokázanou alergií na plasty. Výhoda keramického materiálu spočívá především v jeho abrupčním efektu, tzn., že se minimálně odroluje dno portu a tím se minimalizuje riziko vzniku následných mikroembolizací.

Katétry jsou standardně vyráběny z nesmáčivého materiálu, např. ze silikonu (silikonová pryž), polyuretanu, polysulfonu či polyamidu.³⁹

Silikonová pryž je technicky vhodná, je ale měkká, někdy se deformuje a špatně se s ní pracuje. Pokud jde o polyuretan, jedná se o lepší materiál, protože i když vznikne „koleno“, tak se nezalomí, ale zůstane i při malém průměru průchodný. Měkčený PVC má před polyuretanovými kanylami velkou výhodu v ceně. Patří mezi laciné katétry, klasické PVC se používá už málo.⁴⁰

Všechny používané materiály pro výrobu portů či katétrů jsou dobře snášeny lidským organismem.⁴¹

Pokud se jedná o dlouhodobý katétr, nemá význam na něm šetřit – dražší se daleko více vyplatí, zvláště když se pacient pohybuje anebo se vrací s katétrem do domácího prostředí a cestuje mezi nemocnicí a domovem. Sepse stojí několikrát víc, než je cena i relativně drahých katétrů.⁴²

2.1.5 Definice portu

V předchozích dvou kapitolách byl naznačen pojem port a popsán jeho historický vývoj. Pokusíme se tedy implantabilní port precizněji definovat.

Implantabilní port představuje uzavřený systém určený k zajištění bezpečného, snadného a dlouhodobého venózního přístupu. Celý systém sestává z katétru zavedeného do aplikačního prostoru (žíla, tepna, epidurální prostor, peritoneální dutina) a vlastního portu (komůrky) různé velikosti a materiálu, ke kterému je katétr během implantace pevně připojen.⁴³ Komůrka je kryta silikonovou membránou, umožňující několik tisíc vpichů, aniž by došlo k jejímu znehodnocení a eventuálnímu úniku léčiva do podkoží. Celý systém implantujeme nemocnému do podkoží, kde je

³⁸ HÁJEK, R., ŠEVČÍK, P., ONDRÁŠEK, J., MAYER, J., VÁŠOVÁ, I., KRÁL, Z., TOMÍŠKA, M., KRAHULCOVÁ, E., PENKA, M., KUBEŠOVÁ, H., FOJTÍK, Z., HEJLOVÁ, N., FRAŇKOVÁ, H., TOBOLÍKOVÁ, V., KISS, I., Podkožní aplikační komůrkový systém („port“) při dlouhodobé léčbě onkologicky nemocných, *Vnitřní lékařství*, 1995, s. 23.

³⁹ FRICOVÁ, J. a STRÍTESKÝ M., Implantabilní porty v léčbě chronické bolesti, *Bolest*, s. 581.

⁴⁰ ZADÁK, Z., Technika dlouhodobého intravenózního přístupu. *Zdravotnické noviny*. [online], dostupné na WWW: <<http://www.zdn.cz/scripts/detail.php?id=152619>>.

⁴¹ FRICOVÁ, J., STRÍTESKÝ, M., Port – nový trend v aplikaci léčiv, *Jak na bolest?* – příloha časopisu *Bolest*, 2006, č. 1, s. 29.

⁴² ZADÁK, Z., Technika dlouhodobého intravenózního přístupu. *Zdravotnické noviny*. [online], dostupné na WWW: <<http://www.zdn.cz/scripts/detail.php?id=152619>>.

⁴³ CHARVÁT, J., CHLUMSKÝ, J., Intravenózní porty v klinické praxi, *Praktický lékař*, 2006, č. 6, s. 328.

pevně fixován stehem k fascii svalu na přední straně hrudníku (nejčastěji v podklíčkové krajině vpravo).⁴⁴ Umísťuje se v podkoží na takové místo, kde nositele co nejméně obtěžuje a současně umožňuje snadný přístup a manipulaci.⁴⁵ Žilní přístup katétru zajišťujeme zpravidla Seldingerovou metodou. Lék aplikujeme do portu transkutánně speciální (Huberovou) jehlou, která zabraňuje vyštípnutí části silikonové membrány. Při dlouhotrvajícím podání se jehla fixuje ke kůži.⁴⁶

2.1.6 Popis portu

Vlastní port se skládá ze tří částí: těla, baze a membrány komůrky.⁴⁷ Tělo portu je upraveno tak, aby bylo přes kůži dobře hmatné a umožnilo snadný vpich jehlou.⁴⁸ Horní plochou těla portu je aplikační komůrka o obsahu 0,2 – 1,5 ml, kterou tvoří skořepina z biologicky inertního materiálu. Je kryta speciální tlustou silikonovou membránou s tloušťkou 5,1 – 10,7 mm, která se neporuší při správném užívání ani po 5000 vpiších.⁴⁹ Membrána tvoří neprodyšnou bariéru mezi systémem a okolím.⁵⁰ Na dolní části těla portu (bazi) je skořepina rozšířená a má 2 – 8 otvorů pro fixaci do hlubších vrstev kůže (pro zamezení pohybu portu). Komunikaci mezi komůrkou a katétrelem umožňuje spojovací systém.⁵¹ Jde o krátkou trubičku ústící z komůrky, na níž se navléká katétr, upevňovaný buď speciální svorkou, nebo maticí.⁵²

Jednotlivé rozměry a kapacita portů se liší podle účelu použití a výrobce. Tvar a velikost skořepiny portové komůrky, počet komůrek v jedné skořepině, síla katétru, systém napojení katétru na komůrku a materiály, ze kterých je port a katétr vyroben, jsou také dány účelem a výrobcem.⁵³

Rozhodující pro životnost portů je kromě kvality především správná péče o systém a bezpečná manipulace při aplikacích, případně při odběrech.⁵⁴

⁴⁴ HUBÁČEK, J., *Přístupy k centrální žilní kanylaci*, s. 3.

⁴⁵ CHARVÁT, J., CHLUMSKÝ, J., Intravenózní porty v klinické praxi, *Praktický lékař*, 2006, č. 6, s. 328.

⁴⁶ HUBÁČEK, J., *Přístupy k centrální žilní kanylaci*, s. 3.

⁴⁷ CHARVÁT, J., CHLUMSKÝ, J., Intravenózní porty v klinické praxi, *Praktický lékař*, 2006, č. 6, s. 328.

⁴⁸ Porty – Interní materiály UOPA FZV, 2005

⁴⁹ ONDRÁK, M., KAPLAN, Z., ŠEFR, R., PENKA, I., FAIT, V., SÝKOROVÁ, Z., Port a jeho úloha v léčbě onkologicky nemocných, *Praktický lékař*, 2005, č. 12, s. 677.

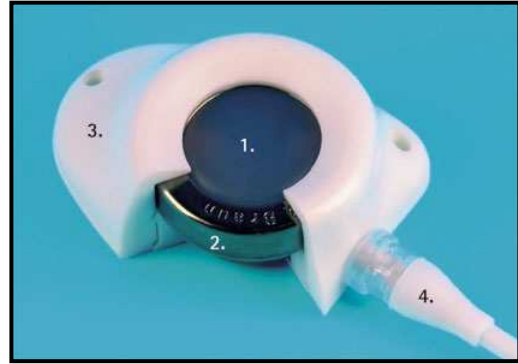
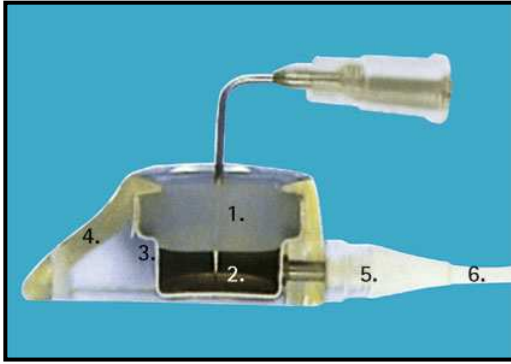
⁵⁰ HÁJEK, R., ŠEVČÍK, P., ONDRÁŠEK, J., MAYER, J., VÁŠOVÁ, I., KRÁL, Z., TOMÍŠKA, M., KRAHULCOVÁ, E., PENKA, M., KUBEŠOVÁ, H., FOJTÍK, Z., HEJLOVÁ, N., FRAŇKOVÁ, H., TOBOLÍKOVÁ, V., KISS, I., Podkožní aplikační komůrkový systém („port“) při dlouhodobé léčbě onkologicky nemocných, *Vnitřní lékařství*, 1995, č. 41, s. 22.

⁵¹ ONDRÁK, M., KAPLAN, Z., ŠEFR, R., PENKA, I., FAIT, V., SÝKOROVÁ, Z., Port a jeho úloha v léčbě onkologicky nemocných, *Praktický lékař*, 2005, č. 12, s. 677–678.

⁵² Porty – Interní materiály UOPA FZV, 2005.

⁵³ ONDRÁK, M., KAPLAN, Z., ŠEFR, R., PENKA, I., FAIT, V., SÝKOROVÁ, Z., Port a jeho úloha v léčbě onkologicky nemocných, *Praktický lékař*, 2005, č. 12, s. 678.

⁵⁴ FRICOVÁ, J., STRÁŽESKÝ, M., Port – nový trend v aplikaci léčiv, *Jak na bolest?* – příloha časopisu *Bolest*, 2006, č. 1, s. 30.



1. silikonová membrána
2. rezervoár portové komůrky
3. stěna rezervoáru
4. plastový obal určující tvar portu
5. převlečný spojovací systém
6. silikonový katétr

1. silikonová membrána
2. stěna rezervoáru
3. plastový obal portové komůrky
4. spojovací systém s převlečnou manžetou

Obrázek 1 – Průřez tělem portu

(Ondrák, Kaplan. In Braunoviny, 2006, s. 4)

2.1.7 Speciální portová jehla (Huberova) – popis

K aplikaci léčiva do portu nebo k odběru krve slouží speciální Huberovy portové jehly.⁵⁵ Použitím jiné než Huberovy jehly se ničí silikonová membrána a tím i celý port.⁵⁶

Jde o jehlu, která se od standardních jehel liší speciálním zkoseným zakončením podle Hubera (zahnutí pod pravým úhlem). V literatuře se vyskytuje nejčastěji termín Huberova jehla nebo méně často Tuohyho jehla se zakončením podle Hubera. Špička jehly je tvarována tak, aby nevyřezávala ze silikonové membrány žádné kousky materiálu⁵⁷ a umožní tak zpětné zacelení punkčního otvoru v membráně. Punkční bod se uzavře po vytažení jehly vlivem elasticity materiálu membrány.⁵⁸

Navíc je hrot jehly podstatně pevnější a při nárazu na tvrdé dno portu je minimalizováno jeho zakřivení. Tím se snižuje poškození membrány při vytahování jehly a zaručuje se její dlouhodobá životnost.⁵⁹

⁵⁵ ONDRÁK, M., KAPLAN, Z., Venózní porty. Zlatý standard dlouhodobého centrálního žilního vstupu, *Braunoviny*, 2006, č. 11, s. 5.

⁵⁶ NOVÁKOVÁ, M., Práce sestry s intravenózním portem při aplikaci chemoterapie, *Zdravotnické noviny*. [online], dostupné na WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/prace-sestry-s-intravenoznim-portem-pri-aplikaci-chemoterapie-273995>>.

⁵⁷ HÁJEK, R., ŠEVČÍK, P., ONDRÁŠEK, J., *Implantabilní podkožní porty*, s. 4.

⁵⁸ ONDRÁK, M., KAPLAN, Z., ŠEFR, R., PENKA, I., FAIT, V., SÝKOROVÁ, Z., Port a jeho úloha v léčbě onkologicky nemocných, *Praktický lékař*, 2005, č. 12, s. 678..

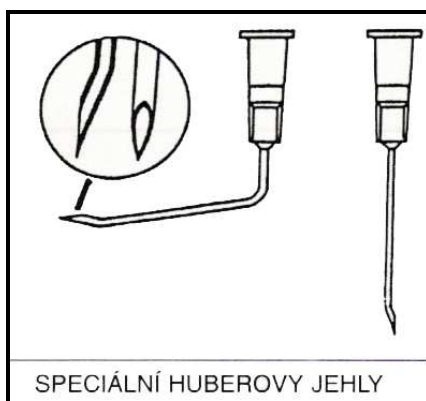
⁵⁹ HÁJEK, R., ŠEVČÍK, P., ONDRÁŠEK, J., *Implantabilní podkožní porty*, s. 4.

Podle délky vstupu do systému je k dispozici celá řada těchto jehel, od jednorázového použití až po týdenní aplikaci, kdy je jehla spojena s hadičkou, která je opatřena tlačkou.⁶⁰ Velkou výhodou těchto jehel je, že jsou do portu zavedeny na týden a tak prodlužují životnost portu a pacientovi nemusí být jehla denně vyměňována.⁶¹

Speciální jehla se vybírá podle typu portu, tvaru portu, umístění portu, druhu podané léčivé látky a předpokládané délky terapie (např. délku jehly od 19 do 38 mm volíme podle typu aplikace; její průsvit od 0,7 do 1,0 mm podle zamýšlené terapie a výšku podle umístění portu a jeho tvaru).⁶²

Nejčastěji se používají tyto typy Hubertových jehel:

- **rovné** – jednorázové pro aplikaci proplachů a injekcí,
- **pravoúhlé zahnuté (90°)** – jednorázové pro krátkodobou infuzní terapii,
- **zahnuté (90°)** – typ pro dlouhodobou aplikaci s křídélkem nebo kloboučkem.⁶³



Obrázek 2 - Detail Heberovy jehly

(Hájek et al., 1995, s. 42)

2.1.8 Kategorizace portů

Implantabilní porty je možné rozdělit podle několika kritérií (kategorií), podle umístění portové komůrky, typu použitého materiálu a tvaru portu.

2.1.8.1 Lokalizace implantace portů

Dle lokalizace můžeme rozdělit porty takto:

- venózní port,
- arteriální port,
- peritoneální port,

⁶⁰ CHARVÁT, J., CHLUMSKÝ, J., Intravenózní porty v klinické praxi, *Praktický lékař*, 2006, č. 6, s. 328.

⁶¹ FRICOVÁ, J., STRÍTESKÝ, M., Port – nový trend v aplikaci léčiv, *Jak na bolest?* – příloha časopisu *Bolest*, 2006, č. 1, s. 30.

⁶² ROZSÍVALOVÁ, L., KŘIVÁNKOVÁ, H., Ošetřování pacientů s portem, *Sestra*, 1999, č. 4, s. 14.

⁶³ HÁJEK, R., ŠEVČÍK, P., ONDRÁŠEK, J., *Implantabilní podkožní porty*, s. 42.

- spinální a epidurální port.

2.1.8.2 Tvar portu

Dle tvaru můžeme rozdělit porty takto:

- **jednokomůrkové:** tento typ portu je využíván přednostně k aplikaci chemoterapie, analgetik a dalších farmakoterapeutik,
- **dvoukomůrkové:** slouží pro vysoce intenzivní léčebné postupy⁶⁴ (aplikace mnoha léčiv velkých objemů za jednotku času - nemocní s akutní leukémií, nemocní s plánovanou transplantací kostní dřeně)⁶⁵ nebo je-li nutno současně podávat léky, které nelze kombinovat. Také je používán k dlouhodobé parenterální výživě, případně k odběrům krve.⁶⁶



Obrázek 3 – Různé typy portů
(B. Braun Medical, s.r.o.)

Dále můžeme vyčlenit skupinu portů užívaných především **u dětí (Babyporty)**. Nejmenší port na trhu je 4.5 French (Babyport, B. Braun) pro děti ve věku 2 – 3 let, pro děti ve věku 3 – 8 let je určen 5.8 French (P. A. S. Port T2, SIMS, Deltec), u starších dětí je vhodný 6.5 French (Celsie ST305 port, B. Braun).

Některé typy portů mohou být složeny z vnitřního a vnějšího katétru a jsou vybaveny speciálním fixačním úchytem, který se přiloží přímo na kůži nad portem, čímž se zajistí jeho fixace a snadná manipulace při obsluze portu. Jedná se o „Percuseal port“. Vnitřní katétr tohoto portu je pevně ukotven ve speciálním kolečku zašroubovaném do těla portu. Při rutinní výměně, která probíhá ambulantně (jednou za 3 – 4 měsíce), se vymění kolečko i vnitřní katétr zároveň.

Existují také porty s **různým průtokem** a takové, které jsou navíc vybaveny **ventilem** a **filtrem**. Jedná se o tyto porty:

- **nízkoprofilové** – nízkoprůtokové (low profile port TM, ARROW),

⁶⁴ NAVRÁTILOVÁ, D., Standard postupu v péči o implantabilní podkožní porty. *Onkologická péče*, 1999, č. 9, s. 9.

⁶⁵ HÁJEK, R., ŠEVČÍK, P., ONDRÁŠEK, J., MAYER, J., VÁŠOVÁ, I., KRÁL, Z., TOMÍŠKA, M., KRAHULCOVÁ, E., PENKA, M., KUBEŠOVÁ, H., FOJTÍK, Z., HEJLOVÁ, N., FRAŇKOVÁ, H., TOBOLÍKOVÁ, V., KISS, I., Podkožní aplikační komůrkový systém („port“) při dlouhodobé léčbě onkologicky nemocných, *Vnitřní lékařství*, 1995, č. 41, s. 22.

⁶⁶ NAVRÁTILOVÁ, D., Standard postupu v péči o implantabilní podkožní porty. *Onkologická péče*, 1999, č. 9, s. 9.

- **středněprofilové,**
- **vysokoprůtokové**⁶⁷ (Intraport II – high flow, Fresenius, průtok 9,2 ml/min): slouží pro vysoce intenzivní léčebné postupy nebo je-li nutno současně podávat léky, které nelze kombinovat (toto neplatí pro všechny typy portů „high flow“, ale pouze pro porty vícekomůrkové).

Profil portu se řídí podle tloušťky podkoží. Např. u pacienta s tenkou vrstvou podkoží a portem s vysokým profilem hrozí vnitřní dekubit – napnutá kůže nad portem by byla špatně vyživována a v podstatě by nekrotizovala.⁶⁸

- **porty s pojistným ventilem,** které jsou určeny pro občasné použití,
- **porty s filtrem** pro subarachnoidální lokalizaci.⁶⁹

2.1.9 Umístění portu na těle

Port je zaveden pod kůži nejčastěji do oblasti hrudníku. Umístění portu na těle závisí na typu použitého portu. Je také možné se pacientovi do určité míry přizpůsobit. Po zavedení portu a zhojení rány je port na lidském těle téměř nerozeznatelný.⁷⁰

Možnosti umístění implantabilních portů na těle jsou:

- nad prsem (horní třetina hrudníku) vpravo a méně často i vlevo,
- na vnitřní straně stehna,
- ve střední třetině hrudníku na obou stranách,
- na dolní třetině hrudníku vlevo,
- v polovině předloktí,
- ve spodní třetině paže.⁷¹

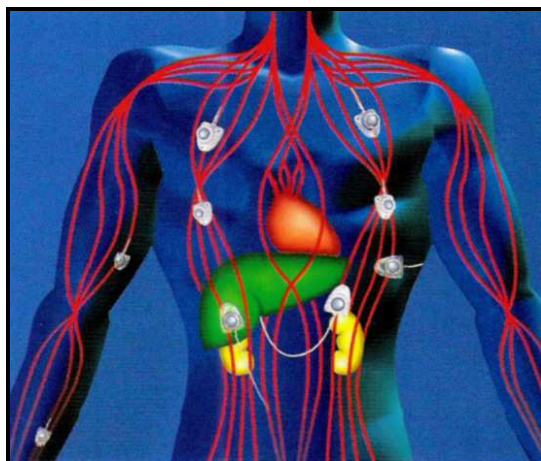
⁶⁷ FRICOVÁ, J. a STRŽÍTESKÝ M., Implantabilní porty v léčbě chronické bolesti, *Bolest*, s. 580–581.

⁶⁸ Porty – Interní materiály UOPA FZV, 2005.

⁶⁹ FRICOVÁ, J. a STRŽÍTESKÝ M., Implantabilní porty v léčbě chronické bolesti, *Bolest*, s. 581.

⁷⁰ FRICOVÁ, J., STRŽÍTESKÝ, M., Implantabilní porty v léčbě chronické bolesti, *Medical Tribune*, 2006, č. 28, s. 19, dostupné na WWW: <<http://www.tribune.cz/clanek/9301>>.

⁷¹ ŠROMOVÁ, Z., SZOTKOWSKI, T., KAJABA, V., *Informační brožura pro klienty Hemato-onkologické kliniky: edukační práce*, s. 3.



Obrázek 4 – Možná místa uložení portu v těle
(Ondrák, Kaplan, s. 5)

2.1.10 Portové přístupy

Portové přístupy jsou dány požadovaným distribučním rozsahem jednotlivých druhů terapie. U celkové terapie je volen centrální přístup tzn., že mluvíme o venózních portech. U lokální terapie je volen cílený přístup tj. arteriálními porty.

Venózní porty jsou implantovány v místním znecitlivění punkční metodou infraklavikulárně nebo supraklavikulárně do vena subclavia vpravo (menší riziko trombembolických komplikací). Konec katétru je umístěn na rozhraní horní duté žíly a pravé srdeční síně. K zavedení katétrů využíváme i soutok vena jugularis a vena subclavia.^{72,73}

Dále se využívá jugulární přístup, a to horní laterální, horní mediální, dolní mediální, dolní laterální. Porty s tímto přístupem mohou být použity pro aplikaci chemoterapie, ATB, analgetik, antivirotik, při krevních odběrech, transfuzi či parenterální výživě.⁷⁴

Arteriální porty se zavádí do arteriálního zásobení lokálního nádoru, nejčastěji se využívá při karcinomu jater, kdy se zavádí do arterie hepatica propria.⁷⁵ Před jejich vlastní implantací požadujeme provedení arteriografie pro odhalení anomálního zásobení cílové oblasti a pro optimalizaci cílového dosahu portového systému. Pro zavedení se upřednostňuje perkutánní zavedení arteriálního katétru Seldingerovou metodou z třísla při digitální subtrakční angiografii (DSA) v lokální anestézii, metodou

⁷² ZADÁK, Z., Technika dlouhodobého intravenózního přístupu. *Zdravotnické noviny*. [online], dostupné na WWW: <<http://www.zdn.cz/scripts/detail.php?id=152619>>.

⁷³ OSTŘÍŽEK, T., Zásady péče o implantabilní podkožní porty u onkologických pacientů. *Univerzitní onkologické centrum Brno*. [online], dostupné na WWW: <<http://www.uoc.muni.cz/prezent1/porty.htm>>.

⁷⁴ B. BRAUN, Příručka pro klienty s implantovaným podkožním venózním portem, s. 5.

⁷⁵ OSTŘÍŽEK, T., Zásady péče o implantabilní podkožní porty u onkologických pacientů. *Univerzitní onkologické centrum Brno*. [online], dostupné na WWW: <<http://www.uoc.muni.cz/prezent1/porty.htm>>.

druhé volby je laparotomie v celkové anestézii. U obou metod je katétr vyveden pod pravým obloukem žeberním.⁷⁶

2.1.11 Členění přístupů

Možnosti žilních přístupů:

- **Do horní duté žíly:**
 - o vena subclavia supraklavikulárně – vhodný pro dlouhodobou kanylaci,
 - o vena subclavia infraklavikulárně – velmi často používán,
 - o vena anonyma,
 - o soutok vena jugularis a vena subclavia – nejkratší možná cesta,
 - o vena jugularis interna,
 - o vena jugularis externa,
 - o vena cephalica,
 - o vena facialis u dětí.
- **Do dolní duté žíly:**
 - o vena femoralis,⁷⁷
 - o vena saphena magna.

Možnosti arteriálních přístupů:

- arteria gastroduodenalis (větve arteria hepatica communis),
- arteria gastroepiploica dextra,
- arteria lienalis,
- arteria hepatica propria,
- arteria iliaca interna,
- arteria mesenterica inferior.

Možnost spinálního přístupu:

- segment L3 – L4.

⁷⁶ B. BRAUN, Příručka pro klienty s implantovaným podkožním venózním portem, s. 5.

⁷⁷ HRBÁČOVÁ, P., *Centrální žilní katétr a port systém*, s. 5.

Možnost epidurálního přístupu:

- optimální segment dle lokalizace bolesti pacienta.⁷⁸

2.1.12 Indikace portů

2.1.12.1 Indikace portů obecně

Obecně hlavním účelem implantace portkatétru je nutnost zajištění dlouhodobého a opakovaného venózního přístupu po dobu delší než 3 měsíce pro aplikace léků a roztoků. Nejčastěji se to týká aplikace cytostatik, antibiotik, koncentrovaných roztoků, které nelze podávat do periferních žil.⁷⁹

Nejčastější indikace lze rozdělit do 3 hlavních skupin:

- nejčastěji (až z 90 %) jsou porty aplikovány u onkologicky nemocných, kteří jsou indikováni k chemoterapii,
- další indikační skupinou jsou nemocní, kteří potřebují port pro dlouhodobou parenterální výživu,
- poslední skupinu tvoří stavy vyžadující častou urgentní aplikaci léků do žilního systému (např. pacienti s epilepsií, astma bronchiale apod.), a to především v případech, kdy je periferní žíla obtížně přístupná. Odpadá tak obtížné a často opakované napichování žíly,⁸⁰
- rovněž lze port využít či již byl využit v následujících případech: chronická bolest, nutnost opakovaného podávání krevních derivátů či indikace opakovaných krevních odběrů (hemofilie, poruchy koagulace apod.), metabolické poruchy, HIV pozitivní, u všech stavů vyžadujících dlouhodobý žilní přístup, chronický ascites k jeho dekompresi,⁸¹ protražovaná resuscitační péče⁸², Crohnova choroba, syndrom krátkého střeva, hyperemeze při graviditě, aplastická anémie, hemosideróza, časté jednorázové podávání léčiv u chronického srdečního selhávání – jde-li o nemocného s dlouhodobou prognózou a již devastovaným žilním systémem.⁸³

Včasné indikace a využití implantabilních portů u pacientů v České republice zaostávají. Menší je i šíře indikací. Naprostá většina českých pacientů s portem má onkologickou diagnózu. Na ostatní skupiny se zapomíná, přitom by port mohl být

⁷⁸ FRICOVÁ, J. a STŘÍTESKÝ M., Implantabilní porty v léčbě chronické bolesti, *Bolest*, s. 583–585.

⁷⁹ CHARVÁT, J., CHLUMSKÝ, J., Intravenózní implantabilní portkatétry v klinické praxi, *Praktický lékař*, č. 6, s. 328.

⁸⁰ CHARVÁT, Z., LINKE, Z., SOUČEK, M., PRAUSOVÁ, J., Fraktura katétru intravenózního portkatétru zavedeného do pravostranné vena subclavia infraklavikulárním přístupem, *Klinická onkologie*, 2004, č. 4, s. 136.

⁸¹ KAPLAN, Z., ONDRÁK, M., FAIT, V., SILÁK, J., SCHWANHAUSER, K., SÝKOROVÁ, Z., Intravenózní portové systémy u onkologických pacientů MOÚ, *Klinická onkologie*, 2007, č. 3, s. 270.

⁸² MRÁČEK, M., HERDEGEN, P., JATAGANDZIDIS, V., Implantabilní venózní porty pro chemoterapii, *Causa subita*, 2007, č. , s. 164.

⁸³ HÁJEK, R., ŠEVČÍK, P., ONDRÁŠEK, J., MAYER, J., VÁŠOVÁ, I., KRÁL, Z., TOMIŠKA, M., KRAHULCOVÁ, E., PENKA, M., KUBEŠOVÁ, H., FOJTÍK, Z., HEJLOVÁ, N., FRAŇKOVÁ, H., TOBOLÍKOVÁ, V., KISS, I., Podkožní aplikační komůrkový systém („port“) při dlouhodobé léčbě onkologicky nemocných, *Vnitřní lékařství*, 1995, č. 41, s. 23.

prospěšný i pro ostatní pacienty.⁸⁴ Rozvoj a rozšíření indikačních možností implantabilních portů nezlepší pacientovu prognózu, ale jednoznačně zvýší kvalitu jeho života.⁸⁵

2.1.12.2 Indikace portů konkrétně

Každé pracoviště si svá podrobná indikační kritéria stanovuje samo na základě vlastních zkušeností, ale obecně platí, že port by měl být přednostně indikován pacientům, kteří nemají dostatečný periferní žilní přístup nebo vyžadují opakované aplikace léčiv, krevních derivátů, antibiotik či parenterální výživy.⁸⁶

Z velkého množství různých druhů portů je nutné před jejich implantací zvolit vhodný typ portu podle toho, k čemu bude používán. Pro běžnou chemoterapii solidních nádorů a hematologických malignit jsou voleny jednkomůrkové porty. U pacientů s předpokladem intenzivní chemoterapie, častého podávání krevních derivátů, parenterální výživy a případně i s podáním štěpu při autologní transplantaci krvetvorných buněk jsou výhodnější porty dvoukomůrkové nebo porty s vysokým průtokem – high flow.⁸⁷ Pokud se jedná o hrudní proces, který bude často radiologicky kontrolován, použijeme titanový port. Pokud bude nemocný ozařován, použijeme port titanový nebo umělohmotný.

Intravenózní porty zavádíme v následujících indikacích:

- aplikace chemoterapie u onkologických pacientů s malignitami,
- zajištění dlouhodobé parenterální výživy,
- aplikace krevních derivátů (možnost krevních odběrů),
- u všech pacientů, kde je nutné zajistit trvalý žilní přístup,
- léčba chronické bolesti,
- jako přístup pro neodkladnou terapii, např. u astmatických pacientů,
- léčba HIV pozitivních pacientů,
- hemofilie, von Willebrandova choroba, alfa 1 antitrypsin deficit.

⁸⁴ ONDŘICHOVÁ, L., Intravenózní porty – ne zcela využitá příležitost, *Medical Tribune*, [online], dostupné na WWW: <<http://www.tribune.cz/clanek/12819>>.

⁸⁵ STŘÍTESKÝ, M., FRICOVÁ, J., Implantabilní porty u onkologických pacientů, *Bolest, Suppl.*, 2006, č. 1, s. 34.

⁸⁶ HUBÁČEK, J., *Přístupy k centrální žilní kanylaci*, s. 4.

⁸⁷ HUBÁČEK, J., *Přístupy k centrální žilní kanylaci*, s. 4.

Spinální a epidurální porty zavádíme v těchto indikacích:

- chronická bolest nádorového i nenádorového charakteru,
- zejména u pacientů s chronickou bolestí reagující na opioidy, jako prevence tachyfylyaxe, pokud systémové podávání opioidů způsobuje nežádoucí účinky,
- léčba neuropatické bolesti, která neodpovídá na běžnou terapii, např. hrudní mesoteliom,
- fantomové bolesti,
- centrální spastické syndromy,
- AIDS,⁸⁸
- traumata míchy,
- roztroušená skleróza,
- aplikace léčiv jako lokální anestetika, alfa 2 agonisté, centrální myorelaxancia, opioidy.⁸⁹

Arteriální porty se využívají hlavně při léčbě tumorů:

- primární tumory jater (zejména nemetastazující hepatocelulární karcinomy),
- jaterní metastázy (karcinomy tlustého střeva a prsu),
- tumory v oblasti malé pánve,⁹⁰
- adjuvantní chemoterapie po resekci pankreatu pro zhoubný novotvar,
- recidiva rakoviny prsu v případě, kdy operační léčba není možná.⁹¹

Peritoneální porty indikujeme v následujících případech:

- tumory v oblasti peritoneální dutiny,
- tumory ovariální rezistentní k terapii,
- inzulínová terapie při periferní inzulínové rezistenci nebo dlouhodobě dekompenzovaném diabetu mellitu (pro tyto účely je nejčastěji používán Percuseal port),
- ascites rezistentní k terapii u jaterní cirhózy.⁹²

⁸⁸ FRICOVÁ, J. a STŘÍTESKÝ M., Implantabilní porty v léčbě chronické bolesti, *Bolest*, s. 581.

⁸⁹ HÁJEK, R., ŠEVČÍK, P., ONDRÁŠEK, J., *Implantabilní podkožní porty*, s. 53–54.

⁹⁰ FRICOVÁ, J. a STŘÍTESKÝ M., Implantabilní porty v léčbě chronické bolesti, *Bolest*, č. 28, s. 581.

⁹¹ HÁJEK, R., ŠEVČÍK, P., ONDRÁŠEK, J., *Implantabilní podkožní porty*, s. 34.

⁹² FRICOVÁ, J. a STŘÍTESKÝ M., Implantabilní porty v léčbě chronické bolesti, *Bolest*, 2006, č. 28, s. 581.

2.1.13 Kontraindikace k implantaci portů

Při rozhodování o zavedení portu musíme brát v úvahu klinický stav nemocného. Z tohoto hlediska rozdělujeme kontraindikace na absolutní a relativní.

Absolutní kontraindikace:

- bakteriémie,
- septický stav,
- nekorigovatelné poruchy koagulace ve smyslu diseminované intravaskulární koagulace,
- prokázaná nesnášenlivost syntetických materiálů nemocným, ze kterých je port nebo jeho části vyrobeny,⁹³
- na léčbu nereagující trombocytopenie,
- těžké trombofilní stavy – zejména deficit antitrombinu, proteinu S a C a lupus antikoagulans.⁹⁴

Relativní kontraindikace:

- na léčbu reagující těžká porucha koagulace,
- těžké dlouhotrvající neutropenie,⁹⁵
- těžká trombocytopenie (méně než $20 \times 10^9/l$),
- monstrózní obezita – port je v podkoží obézního člověka, často nestačí standardní délka jehly, aby aplikující ucítil, že se konec jehly dotkl dna komůrky, celkově se zvyšuje nebezpečí možnosti vzniku extravazátu,
- předpokládaná doba přežití méně než 6 měsíců,
- psychická intolerance cizího materiálu v těle,
- sociální nepřizpůsobivost a pravděpodobné zanedbání ošetřování portu.⁹⁶

2.1.14 Indikace k extrakci portů

K plánované extrakci funkčního portu obvykle indikujeme pacienty nejdříve půl roku po dokončení terapie v době, kdy se dá předpokládat, že pacient již aplikaci léků do centrální žíly nebude potřebovat. Nejzazší termín plánovaného vyjmutí

⁹³ FRICOVÁ, J. a STRÁTESKÝ M., Implantabilní porty v léčbě chronické bolesti, *Bolest*, 2006, č. 28, s. 582.

⁹⁴ HUBÁČEK, J., *Přístupy k centrální žilní kanylaci*, s. 4.

⁹⁵ Porty – Interní materiály UOPA FZV, 2005.

⁹⁶ FRICOVÁ, J. a STRÁTESKÝ M., Implantabilní porty v léčbě chronické bolesti, *Bolest*, s. 582.

přichází v úvahu do 12 měsíců od ukončení léčby, avšak porty se běžně ponechávají zavedeny podstatně déle! Předčasné vyjmutí portového systému souvisí zpravidla se závažnou komplikací.

Dále může být port indikován k extrakci ještě v době léčby. Tyto indikace můžeme rozdělit a absolutní a relativní.⁹⁷

Absolutní indikaci k extrakci představuje:

- febrilie provázené bakteriemi i bez zjevné příčiny, která neustupuje ani po terapii antibiotiky,
- špatná funkce a neprůchodnost portkatétru,⁹⁸
- zalomení katétru,
- nehojící se dekubitus nad tělem portu,
- nezvládnutelná infekční komplikace (endokarditida, septická plicní embolie),
- perforace žíly.

Relativní indikace

Relativní indikaci k extrakci představují komplikace, které je možné nejprve zkusit zvládnout při zavedeném portu a teprve, když komplikace neodezní, je nutné přikročit k extrakci. Do této skupiny řadíme:

- hematom a extravazát v místě kapsy portu,
- místní infekci,
- katéetrovou sepsi,
- trombózy žil,
- fibrinové nálety.⁹⁹

2.1.15 Výhody portů

Při typizaci výhod portů se musíme zamyslet nad výhodami z hlediska pacienta, z hlediska obecně medicínského a výhodami pro zdravotnický personál.

Výhody pro pacienta jsou zřejmé. Samotní pacienti port velmi dobře snášejí.¹⁰⁰ Je pro svou malou velikost téměř nerozpoznatelný.¹⁰¹ Samotný vpich nemocného takřka nebolí.¹⁰² Při správném užívání je zaručena jeho dlouhodobá funkčnost.¹⁰³

⁹⁷ HUBÁČEK, J., *Přístupy k centrální žilní kanylaci*, s. 4.

⁹⁸ FRICOVÁ, J., STRÍTESKÝ, M., *Implantabilní intravenózní porty*, *Bolest*, 2006, č. 3, s. 170.

⁹⁹ HUBÁČEK, J., *Přístupy k centrální žilní kanylaci*, s. 4.

Portkatétr lze užívat opakovaně, při správné péči dokonce i po dobu několika let.¹⁰⁴ U onkologických pacientů snižuje nutnost hospitalizace, zvyšuje jejich komfort a pohodlí, dává jim pocit svobody pohybu a umožňuje tak pokračovat v normálním životním stylu.¹⁰⁵ Po zhojení malé jizvy z operace může pacient chodit plavat, sportovat, může dělat cokoli z aktivit, které ho těšily před zákrokem a znamená to pro něj i menší psychickou zátěž.¹⁰⁶

Z hlediska medicínského je hlavní výhodou portu nízký výskyt infekčních komplikací a sepsí.¹⁰⁷ Port šetří venózní systém, garantuje spolehlivý přístup do žíly a tím i léčbu.¹⁰⁸ Umožňuje jednoduchou aplikaci chemoterapeutik bez nutnosti opakovaných a obtížných kanylací žil. Kromě cytostatické léčby lze port s výhodou použít pro aplikaci „pružné léčby“ (jakékoli léčivo, parenterální výživa či krevní deriváty). Další výhodou je, že se z něj dají dělat opakované odběry krve s minimální zátěží pro pacienta.¹⁰⁹

Výhody pro zdravotnický personál jsou jednoznačné. Používání portů ulehčuje práci zdravotníkům.¹¹⁰ Manipulace s nimi je velmi snadná, umožňuje efektivní dávkování léčby.¹¹¹ Jde o jednoduchou a rychlou proceduru, která šetří čas i nemocniční výdaje. Jde tedy o snadno použitelné, bezpečné a efektivní prostředky, které umožňují a usnadňují souvislou nebo občasnou nemocniční či domácí péči.¹¹²

2.1.16 Implantace portu

Implantace portu by měla být zvážena ze všech již naznačených hledisek.¹¹³ Implantabilní porty jsou nákladné a rozhodnutí o aplikaci musí být vždy indikované. Výkon je plně hrazen ze zdravotního pojištění.¹¹⁴

¹⁰⁰ MRÁČEK, M., HERDEGEN, P., JATAGANDZIDIS, V., Implantabilní venózní porty pro chemoterapii, *Causa subita*, 2007, č. 6, s. 164.

¹⁰¹ B. BRAUN, *Implantabilní podkožní porty ... řešení pro dlouhodobé podávání léků (příručka pro profesionály)*, s. 2.

¹⁰² ONDŘICHOVÁ, L., Porty – úleva a komfort pro pacienty i personál, *Medical Tribune*, [online], dostupné na WWW: <<http://www.tribune.cz/clanek/13516>>.

¹⁰³ OSTŘÍŽEK, T., Zásady péče o implantabilním podkožní porty u onkologických pacientů. *Univerzitní onkologické centrum Brno*. [online], dostupné na WWW: <<http://www.uoc.muni.cz/prezent1/porty.htm>>.

¹⁰⁴ ONDŘICHOVÁ, L., Intravenózní porty – ne zcela využitá příležitost, *Medical Tribune*, [online], dostupné na WWW: <<http://www.tribune.cz/clanek/12819>>.

¹⁰⁵ B. BRAUN, *Implantabilní podkožní porty ... řešení pro dlouhodobé podávání léků (příručka pro profesionály)*, s. 2.

¹⁰⁶ B. BRAUN, *Příručka pro klienty s implantovaným podkožním venózním portem*, s. 5.

¹⁰⁷ ONDŘICHOVÁ, L., Intravenózní porty – ne zcela využitá příležitost, *Medical Tribune*, [online], dostupné na WWW: <<http://www.tribune.cz/clanek/12819>>.

¹⁰⁸ HÁJEK, R., ŠEVČÍK, P., ONDRÁŠEK, J., MAYER, J., VÁŠOVÁ, I., KRÁL, Z., TOMÍŠKA, M., KRAHULCOVÁ, E., PENKA, M., KUBEŠOVÁ, H., FOJTÍK, Z., HEJLOVÁ, N., FRAŇKOVÁ, H., TOBOLÍKOVÁ, V., KISS, I., Podkožní aplikační komůrkový systém („port“) při dlouhodobé léčbě onkologicky nemocných, *Vnitřní lékařství*, 1995, č. 41, s. 23.

¹⁰⁹ ONDRÁK, M., KAPLAN, Z., Venózní porty. Zlatý standard dlouhodobého centrálního žilního vstupu, *Braunoviny*, 2006, č. 11, s. 5.

¹¹⁰ ONDŘICHOVÁ, L., Porty – úleva a komfort pro pacienty i personál, *Medical Tribune*, [online], dostupné na WWW: <<http://www.tribune.cz/clanek/13516>>.

¹¹¹ FRICOVÁ, J., STRÍTESKÝ, M., Port – nový trend v aplikaci léčiv, *Jak na bolest? – příloha časopisu Bolest*, 2006, č. 1, s. 31.

¹¹² B. BRAUN, *Implantabilní podkožní porty ... řešení pro dlouhodobé podávání léků (příručka pro profesionály)*, s. 2.

¹¹³ FRICOVÁ, J., STRÍTESKÝ, M., Port – nový trend v aplikaci léčiv, *Jak na bolest? – příloha časopisu Bolest*, 2006, č. 1, s. 30.

¹¹⁴ MRÁČEK, M., HERDEGEN, P., JATAGANDZIDIS, V., Implantabilní venózní porty pro chemoterapii, *Causa subita*, 2007, č. 6, s. 164.

Zavedení portkatétru představuje vždy elektivní výkon. Před každým výkonem je nutné provést základní koagulační vyšetření a zhodnotit krevní obraz.¹¹⁵ Je důležité, aby byl zdravotnický personál informován o akutních hemokoagulačních parametrech z důvodu možného krvácení při výkonu.¹¹⁶ Důležitá je rovněž anamnéza předchozích cévních přístupů, operací a úrazů.¹¹⁷ Nelze opomenout důkladné seznámení pacienta s vlastním výkonem, výhodami a možnými riziky.¹¹⁸

Jde o poměrně jednoduchý a bezpečný miniinvazivní výkon. Trvá 20 až 60 minut.¹¹⁹ Podle literárních zkušeností jsou intravenózní portkatétry implantovány nejenom chirurgy, ale také anesteziology, radiology i kardiology.¹²⁰

Celý výkon se obvykle provádí za hospitalizace,¹²¹ ale lze ho provádět i ambulantně.¹²² Je uskutečňován na zákrokovém RTG sálku¹²³, nejlépe v krátké celkové anestézii u dětí, v lokální anestézii u dospělých. Port je zaveden pod kůži, nejčastěji do oblasti hrudníku, a to na přední stranu prsního svalu nebo na břišní stěnu.¹²⁴ Nemocný je při „operaci“ v Trendelenburgově poloze na tvrdé podložce.¹²⁵ Provádí ho lékař za asistence speciálně vyškolené sestry.¹²⁶

Pro vlastní implantaci jsou nezbytné následující pomůcky:

- **na sterilním stolku jsou:** sterilní rukavice 2×; sterilní operační plášť 2×; sterilní tampóny 30×; sterilní krytí 30×; neperforovaná rouška 6×; svorka na prádlo (mosquito peán) 6×; Huberova jehla 1×; skleněné misky 2× (jedna určená na FR, druhá na anestetikum); 10—20 ml FR k proplachu; spojovací hadička; portový systém; skalpel 2× (bříškatý a teratomový); jehlec 2×; pinzeta 2× (anatomická i chirurgická); zahnutý peán 3×; rovný peán 1×; zahnuté jednohroté nůžky 2×; bezhroté zahnuté nůžky 1×; tampónové kleště 1×; chirurgická jehla 3×; silon o síle 2 a 2,5; jednorázové sterilní krytí; stříkačka 5 ml 2×; stříkačka 10 ml 1×; stříkačka 20 ml 2× (jedna na proplach a druhá s kontrastní látkou); růžová a černá jehla a dlouhá jehla na lokální anestézii; lokální anestetikum (1% Mesocain 5 amp., 2% Mesocain 5 amp.) ve skleněné misce; kontrastní látka Telebrix 1 amp. (je natažena lékařem, který

¹¹⁵ CHARVÁT, J., CHLUMSKÝ, J., Intravenózní implantabilním portkatétry v klinické praxi, *Praktický lékař*, č. 6, s. 328.

¹¹⁶ FRICOVÁ, J. a STRÍTESKÝ M., Implantabilní porty v léčbě chronické bolesti, *Bolest*, s. 582.

¹¹⁷ CHARVÁT, J., CHLUMSKÝ, J., Intravenózní implantabilním portkatétry v klinické praxi, *Praktický lékař*, č. 6, s. 328.

¹¹⁸ NOVÁKOVÁ, M., Práce sestry s intravenózním portem při aplikaci chemoterapie, *Zdravotnické noviny*. [online], dostupné na WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/prace-sestry-s-intravenoznim-portem-pri-aplikaci-chemoterapie-273995>>.

¹¹⁹ CHARVÁT, J., CHLUMSKÝ, J., Intravenózní implantabilním portkatétry v klinické praxi, *Praktický lékař*, č. 6, s. 328.

¹²⁰ CHARVÁT, J., LINKE, Z., SOUČEK, M., PRAUSOVÁ, J., Fraktura intravenózního portkatétru zavedeného do pravostranné vena subclavia infraklavikulárním přístupem, *Klinická onkologie*, 2004, č. 4, s. 136.

¹²¹ MRÁČEK, M., HERDEGEN, P., JATAGANDZIDIS, V., Implantabilní venózní porty pro chemoterapii, *Causa subita*, 2007, č. 6, s. 164.

¹²² ONDŘIHOVÁ, L., Intravenózní porty – ne zcela využitá příležitost, *Medical Tribune*, [online], dostupné na WWW: <<http://www.tribune.cz/clanek/12819>>.

¹²³ Porty – Interní materiály UOPA FZV, 2005.

¹²⁴ FRICOVÁ, J., STRÍTESKÝ, M., Port – nový trend v aplikaci léčiv, *Jak na bolest?* – příloha časopisu *Bolest*, 2006, č. 1, s. 29.

¹²⁵ HRBÁČOVÁ, P., *Centrální žilní katétry a port systém*, s. 6.

¹²⁶ Porty – Interní materiály UOPA FZV, 2005.

provádí výkon, do 20ml stříkačky); sada na zavedení centrálního žilního katétru.

- **na podnosu jsou:** náplast; převazové nůžky 1×; dezinfekce na kůži (Betadine, Cutasept); alkohol na odmaštění kůže; ústenka pro sestru, lékaře a pacienta; čepice pro sestru, lékaře a pacienta; holení a pomůcky k umytí potřebné části těla; láhev s FR; žádanka na RTG vyšetření; heparin.¹²⁷



Obrázek 5 – Sterilní stolek s nástroji pro implantaci portu

(foto: Hubáček, 2001)

Samotná implantace sestává z 5 částí:

- 1) **Kanylace centrální žíly Seldingerovou punkční nebo výjimečně preparační technikou.** Nejčastěji kanylujeme venu subclavii vpravo. Výkon je tak nejjednodušší a nejbezpečnější. Četné studie prokázaly, že katétrů zavedené zleva mají jednoznačně vyšší výskyt trombotických komplikací. Stranu pro umístění katétru a portu vybíráme podle klinického nálezu, ale i podle dominantní strany pacienta (levák, pravák), popř. podle dalších individuálních specifíků (chůze o holi, hra na housle, střelba apod.). V některých případech kanylujeme jugulární žíly vnitřní i zevní. Alternativně je možné využít i dolní duté žíly. Při podezření na abnormality v oblasti hrudního žilního systému indikujeme předoperačně Dopplerovské vyšetření ultrazvukem, event. angiografii nebo počítačovou tomografii.¹²⁸

Kanylace dle Seldingera (punkční) - lékař zavede silnou punkční jehlu do žíly, skrze jehlu vsune elastický kovový zavaděč, pak jehlu stáhne zpět

¹²⁷ HRBÁČOVÁ, P., *Centrální žilní katétrů a port systém*, s. 5–6.

¹²⁸ FRICOVÁ, J. a STŘÍTESKÝ M., *Implantabilní porty v léčbě chronické bolesti*, *Bolest*, s. 582.

a přes zavaděč postupně až do horní duté žíly zavede katétr, zavaděč vytáhne a polohu katétru zkontroluje kontrastem a nezajišťuje stehem.¹²⁹

V případě nemožnosti punkce velké žíly se volí technika preparační, kdy chirurg vypreparuje vena cephalica a zasune katétr do její proximální části, zatímco distální část slepě uzavře.¹³⁰

„Braunilovská metoda kanylace - postup při zavádění kanyly, kdy se nezavádí do jehly zavaděč a kanyla se rovnou dává do žíly přes speciální punkční jehlu – Braunilu. Používá se sporadicky dle zvyklostí pracoviště – především ve Francii a USA – vzhledem k velké tloušťce jehly je větší pravděpodobnost iatrogenního poškození, proto se ve větší míře píchá Seldingerovou metodou.“¹³¹

Vlastní postup jednotlivých operací závisí především na typu portového systému a zvyku operátora.¹³²

- 2) Vytvoření kapsy pro port** (drobná kožní incize a preparace vlastní kapsy 5 až 10 cm pod klíční kostí). Podkožní kapsu obvykle umístíme na přední straně prsního svalu. Nejčastěji je port lokalizován v podklíčkové oblasti, mediálně od čáry medioklavikulární. Port by měl být uložen 0,5 až 1 cm pod povrchem kůže. Velikost kapsy má být přiměřená velikosti portu, příliš velká kapsa může být příčinou změny polohy nebo rotace portu při jeho následném užívání.



Obrázek 6 – Vytvořená podkožní kapsa pro port
(foto: Hubáček, 2001)

¹²⁹ HRBÁČOVÁ, P., *Centrální žilní katétry a port systém*, s. 7.

¹³⁰ Porty – Interní materiály UOPA FZV, 2005.

¹³¹ HUBÁČEK, J. poznámka k textu.

¹³² HÁJEK, R., ŠEVČÍK, P., ONDRÁŠEK, J., *Implantabilní podkožní porty*, s. 7.

- 3) **Tunelizace katétru** (vedení katétru podkožním tunelem) **do místa kapsy portu** (2. – 3. mezižebří zevně od medioklavikulární čáry) **a jeho spojení s portem**. Správná lokalizace špičky portu je nezbytná pro jeho nekomplikovanou funkci. Špička portu by měla ležet v oblasti horní duté žíly, a to u spojení s pravou síní nebo těsně v pravé síní.¹³³ Ověřujeme ji RTG zesilovačem.¹³⁴ Po tunelizaci katétru zkrátíme na potřebnou délku dle anatomických dispozic pacienta či typu portu. Následuje jeho stažení do místa podkožní kapsy. Poté katétru spojíme se samotným portem. Postup tunelizace i způsob spojení katétru s portem je specifický dle typu použitého portu.
- 4) **Ověření průchodnosti, těsnosti a polohy portu**. Správnou polohu portu ověříme aspirací krve. Průchodnost portu zjistíme aplikací fyziologického roztoku. Tím zároveň ověříme i jeho funkčnost.
- 5) **Fixace portu a futura rány**. Fixace portu je vhodná jako prevence před jeho možnou rotací v podkožní kapse. Podle doporučení výrobců je žádoucí port fixovat ve třech bodech, ale v hloubce podkožní kapsy je tato fixace obtížná a proto většinou postačuje fixace ve dvou bodech. Port fixujeme k pektorální fascii. Poté se uzavírá kapsa podkožními a kožními stehy. Dbáme na to, aby membrána určená pro aplikaci do portu nebyla uložena přímo pod suturou. Vystavujeme se tím riziku narušení procesu hojení rány, popř. při vytvoření keloidu je port hůře přístupný k aplikacím. Opět ověříme průchodnost, těsnost a správnou polohu portu stejným způsobem. Aplikujeme heparinovou zátku. Při zavádění portu do krevního řečiště je pravděpodobné časně vytvoření trombu a následná neprůchodnost systému. Z tohoto důvodu aplikujeme heparinovou zátku, která je nezbytná pro dlouhodobé zachování průchodnosti a funkčnosti systému. Dle doporučení podáváme heparinovaný roztok (10 až 100 I.U. na mililitr fyziologického roztoku), většinou o objemu 5 ml.¹³⁵

V obvyklém případě odchází pacient 1. pooperační den do domácího ošetřování. Před vlastním odchodem je odeslán na kontrolní RTG vyšetření k vyloučení pneumotoraxu.¹³⁶ Dále je edukován, aby během následujících 7 dnů nenosil těžká břemena; nedělal prudké pohyby končetinami na straně, kde má implantovaný port; vyhnul se pádům; oblékal a svlékal se podle názorné instruktáže a musí být vybaven průkazem.¹³⁷

Nový port se musí denně sterilně převazovat, pacient se nesmí 48 hodin koupat,¹³⁸ stehy se vytahují za 7 – 10 dní. Chemoterapii lze aplikovat ihned. Pokud

¹³³ FRICOVÁ, J. a STRÁTESKÝ M., Implantabilní porty v léčbě chronické bolesti, *Bolest*, s. 582.

¹³⁴ MRÁČEK, M., HERDEGEN, P., JATAGANDZIDIS, V., Implantabilní venózní porty pro chemoterapii, *Causa subita*, 2007, č. 6, s. 164.

¹³⁵ FRICOVÁ, J. a STRÁTESKÝ M., Implantabilní porty v léčbě chronické bolesti, *Bolest*, s. 582.

¹³⁶ FRICOVÁ, J. a STRÁTESKÝ M., Implantabilní intravenózní porty, *Bolest*, 2006, č. 3, s. 1685.

¹³⁷ ŠROMOVÁ, Z., SZOTKOWSKI, T., KAJABA, V., *Informační brožura pro klienty Hemato-onkologické kliniky: edukační práce*, s. 3.

¹³⁸ ROZSÍVALOVÁ, L., KRIVÁNKOVÁ, H., Ošetřování pacientů s portem, *Sestra*, 1999, č. 4, s. 13.

to však není nutné, je lepší s aplikací počkat 2 – 3 dny, protože je místo oteklé a mírně citlivé. Standardně se terapie aplikuje až po zhojení rány.¹³⁹

2.1.17 Ošetrovatelská péče

Správná péče o porty je jedním ze základních předpokladů úspěšnosti této metody. Velkou roli hraje přístup a edukace středního zdravotnického personálu.¹⁴⁰

S portem manipulujeme vždy sterilně.¹⁴¹ Manipulace s portem je velmi snadná a zabere minimum času. Rozhodující je kromě kvality portů především správná péče o systém a bezpečná manipulace s ním.¹⁴²

Péče zahrnuje především bezpečnou aplikaci léčiv do portu. Je nutné používat pouze takový materiál, který je vyroben pro tyto účely. Je zapotřebí mít dostatečnou zásobu kvalitního krycího materiálu a různých typů jehel, a to jak na pracovišti, tak pro potřeby domácí péče.

Zdravotnický personál se musí zaměřit především na nácvik vyhmatání portu, dobrou techniku vpichu a vytažení jehly z portu, odběr vzorků krve, proplach portu a neopomíjet aplikaci heparinové zátky. Součástí péče je také vedení přesné dokumentace o portu s daty převazů a výměny jehel. Spolupráce a edukace zahrnuje nejen nemocného, ale často i jeho rodinu. Pro tyto účely je pacientovi vystaven průkaz a je nutné ho vybavit srozumitelným edukačním materiálem pro používání portu. Osvědčilo se vyškolení sester specialistek pro ošetřování pacientů se zavedenými implantabilními porty.¹⁴³

2.1.18 Portová dokumentace

Každý pacient s implantovaným portem obdrží průkaz o zavedení cévního podkožního systému (portu), kde je evidována každá událost s ním související. V záhlaví průkazu jsou identifikační údaje pacienta (jméno, příjmení, datum narození nebo rodné číslo, místo bydliště, kontakt, kód zdravotní pojišťovny) a také telefonní číslo, na kterém je možnost kontaktu s lékařem při jakékoliv komplikaci.

Průkaz obsahuje záznam o poučení pacienta o zákroku a následnou péči o port. Dále je v něm zaznamenáno datum a místo implantace, výsledek provedené rentgenové kontroly správného uložení katétru, termín extrakce stehů a případné další manipulace s portem.

Chronologicky jsou zaznamenány veškeré aplikace do portu, léčivo, které bylo aplikováno, proplachy, zda-li je či není návrat krve z portu a typy komplikací

¹³⁹ MRÁČEK, M., HERDEGEN, P., JATAGANDZIDIS, V., Implantabilní venózní porty pro chemoterapii, *Causa subita*, 2007, č. , s. 164.

¹⁴⁰ FRICOVÁ, J. a STRŘÍTESKÝ M., Implantabilní intravenózní porty, *Bolest*, 2006, č. 3, s. 169.

¹⁴¹ ROZSÍVALOVÁ, L., KŘIVÁNKOVÁ, H., Ošetřování pacientů s portem, *Sestra*, 1999, č. 4, s. 14.

¹⁴² FRICOVÁ, J., STRŘÍTESKÝ, M., Port – nový trend v aplikaci léčiv, *Jak na bolest?* – příloha časopisu *Bolest*, 2006, č. 1, s. 30.

¹⁴³ FRICOVÁ, J. a STRŘÍTESKÝ M., Implantabilní intravenózní porty, *Bolest*, 2006, č. 3, s. 169.

při použití portu, datum další kontroly, datum posledního proplachu atd. Také jsou průběžně zaznamenávány výsledky rentgenových kontrol těsnosti celého systému.

Nedílnou součástí dokumentace je chorobopis, do kterého zakládáme záznamový arch obsahující identické údaje, jaké obsahuje portový průkaz pacienta. Rovněž je jeho součástí, jako u všech operací, i operační protokol s podrobným popisem průběhu implantace.¹⁴⁴

PRŮKAZ PACIENTA S PODKOŽNÍM PORTEM		Datum proplachu:	Návrat krve:	Objednán na:	Datum proplachu:	Návrat krve:	Objednán na:	
Jméno a příjmení pacienta ročník Hemato-onkologická klinika FN Olomouc <i>BLAVN</i> Port zaveden dne: <i>17.5.06</i> Při komplikaci volejte 068/585 kl. 4258		<i>17.5.06</i>	<i>+</i>					
		<i>18.5.06</i>	<i>+</i>					
		<i>7.6.06</i>	<i>AND</i>					
		<i>12.9.06</i>	<i>AND</i>					
		<i>1.8.06</i>	<i>AND</i>					
		<i>3.8.06</i>	<i>AND</i>					
		<i>30.9.06</i>	<i>AND</i>					
<i>14.10.06</i>	<i>AND</i>							

Obrázek 7 – Průkaz pacienta s podkožním portem

(foto: Bělunek, 2006)

2.1.19 Komplikace u zavedených portů

Použití portů je spojeno s určitým množstvím komplikací, které sice nejsou časté, ale je nutné na ně u pacientů s implantovaným portem myslet.

Komplikace jsou většinou způsobeny nesprávným ošetřením portu nebo vadou vadou materiálu. Špatné technické provedení portů a vady materiálů jsou dnes již jen vzácnou příčinou komplikací, a proto je nutné se při hledání příčiny komplikace v první řadě zaměřit především na ošetrovatelskou a lékařskou péči, kde můžeme identifikovat hlavní problémy, které komplikace způsobují.¹⁴⁵

Komplikace lze uměle rozdělit na **komplikace spojené s vlastní implantací** a na **komplikace vzniklé nevhodným užíváním a ošetřováním portu**.¹⁴⁶ Další dělení je na **komplikace časně**, které nastávají do 10 dnů od zavedení portu, a **pozdní**. V poslední řadě komplikace rozdělujeme **podle závažnosti na komplikace nezávažné**, které většinou nevedou k extrakci portu a komplikace **závažné**, u nichž je extrakce většinou nezbytná. Všechny tyto pojmy se navzájem prolínají a je možno říci, že **časné komplikace jsou většinou nezávažné, zatímco komplikace pozdní se řadí k závažnějším** a vyžadují obvykle extrakci portu.¹⁴⁷

¹⁴⁴ KAPLAN, Z., ONDRÁK, M., FAIT, V., SILÁK, J., SCHWANHAUSER, K., SÝKOROVÁ, Z., Intravenózní portové systémy u onkologických pacientů MOÚ, *Klinická onkologie*, 2007, č. 3, s. 271.

¹⁴⁵ HUBÁČEK, J., *Přístupy k centrální žilní kanylaci*, s. 5–6

¹⁴⁶ MRÁČEK, M., HERDEGEN, P., JATAGANDZIDIS, V., Implantabilní venózní porty pro chemoterapii, *Causa subita*, 2007, č. 6, s. 164.

¹⁴⁷ HUBÁČEK, J., *Přístupy k centrální žilní kanylaci*, s. 5–6

Časté	Méně časté
Infekce – lokální infekce – infekce podél tunelu – katérová sepse	pneumotorax
	extravazát
	zničení portu / katétru
	rozpojení systému
Okluze katétru – úplná – částečná (nelze odebírat krev)	změna polohy (dislokace) katétru
	netěsnost membrány
	uskřinutí katétru
Trombóza – fibrinová pochva (FP) – nástěnná trombóza	plicní embolizace
	usazenina (sludge)
	krvácení, hematom
	vznik sraženiny v portu
	eroze kůže až dekubitus nad tělem portu
	nekróza nad tělem portu
	strach z aplikace jehly

Tabulka 1 – Obecný přehled možných komplikací

(Hájek et al., 1995, s. 47)

2.1.20 Nejčastější komplikace, jejich příčiny, projevy a řešení

Komplikace přehledně uspořádali autoři Hájek et al., 1995. Následující text se o jejich výklad opírá.

Nejobávanější komplikace při používání intravenózních dlouhodobých vstupů včetně portkatétrů je vznik infekční komplikace. Infekce portkatétru vzniká buď zavlečením infekce přes lumen katétru, nebo naopak z povrchu katétru.

Nejčastěji se vyskytují tři typy komplikací: infekční komplikace, trombotické komplikace a uzávěr systému.

2.1.20.1 Infekční komplikace

Místní infekce v místě vpichu jehly do portu

Příčina: nesterilní chirurgický výkon při zavádění systému nebo nesprávné ošetření kůže v místě vpichu jehly. Často vzniká při neutropenii.

Příznaky: zarudnutí v místě vpichu jehly větší než 10 mm, které se zjevně zvětšuje při denní kontrole; otok; bolestivost; zvýšená teplota v místě infekce; zřídka sekrece. Nemusí být celkově zvýšená teplota. Může být leukocytóza.

Diagnostika: stěr z jehly, zarudlého místa, stěr z kůže pod obvazem.

Léčba: klid, závěs stejnostranné horní končetiny na šátek, střídání antibiotické masti dle citlivosti lokálně s jodisolem. Systémová antibiotika dle zjištěné citlivosti po dobu 7-10 dnů a podle celkového stavu pacienta, rozhodně u nemocných v neutropenii. Po dobu léčby přerušit aplikaci do portu. Obecně je úspěšnost léčby dobrá.

Prevence: dokonalé zvládnutí techniky převazu, pravidelné výměny jehel nejméně 1× za 5 dnů, u neutropenických nemocných 1× za 48 h. V případě zvýšeného počtu místních infekcí zaměnit dezinfekční roztok.

Zarudnutí v místě vpichu

Při dlouhodobější aplikaci jehly v místě vpichu se objevuje téměř u všech nemocných, u kterých poklesne počet leukocytů pod $1 \times 10^9/l$ a nedosahuje zpravidla větší velikosti než 10 mm.

Příčiny jsou pravděpodobně dvě: reakce tkáně na cizí těleso (jehla) a reakce tkáně na mechanické poranění tkáně i při minimálním pohybu jehly proti tkáni v místě vpichu. V takovém případě jde o abakteriální zánětlivou reakci.

Příznaky: zarudnutí není zpravidla větší než 10 mm v průměru, je většinou nebolestivé a po odstranění jehly u nemocných s normálním počtem leukocytů velice rychle mizí. U nemocných v leukopenii mizí pomaleji.

Diagnostika: ze stěru jehly i z rány se neprokáže mikroorganismus.

Léčba: není potřeba žádných zvláštních opatření. Pravidlem by měl být aseptický přístup a dokonalé zvládnutí techniky převazů a aplikací, sterilní překrytí po dobu 24 h a potírání rány jodisolem nebo jiným přípravkem do vymizení zarudnutí.

Prevence: při zjištění této reakce je vhodné provedení stěru z místa vpichu jehly. Je-li minimální, není nezbytné jehlu vytahovat, pokud se při denních kontrolách nález nezvětšuje. Jiným řešením je zavedení nové jehly mimo oblast zarudnutí.

Infekce podkožní kapsy portu (podél tunelu katétru)

Příčina: stejná jako u lokální infekce, může následovat po ní nebo současně s ní.

Příznaky: zarudnutí podél průběhu katétru, bolestivost, zvýšená teplota v místě. Tělesná teplota může zůstat normální.

Diagnostika: obtížná, na typ bakterie lze usuzovat ze stěru kůže nad portem, sterilní aspirace z kapsy portu nebo vykultivovaných mikroorganismů z hemokultur.

Léčba: antibiotikum by mělo být celkově podáno vždy, místní léčba je stejná jako u lokálních infekcí. Léčba často nebývá úspěšná. Pokud léčba selhává i po 14 dnech a zánětlivé ložisko se přes zavedenou léčbu rozšiřuje, je nutno systém vyjmout.

Prevence: stejná jako u lokálních infekcí.

Katérová seps

Příčina: zanesení mikroorganismu podél jehly, při lokální infekci, kontaminované roztoky, kolonizace katétru hematogenní cestou z jiných ložisek infekce nebo ze střeva u imunokompromitovaných nemocných nebo nemocných s porušenou slizniční bariérou, nesterilní chirurgický výkon.

Příznaky: teploty, třesavka, zvláště při podání léčiva systémem, nejasné subfebrilie, mohou být i příznaky lokální infekce.

Diagnostika: dvě pozitivní hemokultury z portu, může a nemusí být současně pozitivní hemokultura z periferie a současně příznaky seps. Vyloučení jiných možností zdrojů infekce před definitivním stanovením diagnózy katérové seps.

Léčba: zvážít vyjmutí katétru, antibiotika dle citlivosti po dobu 14 dnů.

Prevence: stejně jako u lokálních infekcí; aktivní vyhledávání a přeléčení ložisek infekce před zavedením katétru; antibiotické proplachy katétru; proplachy komůrky portu v pravidelných intervalech.

2.1.20.2 Trombotické komplikace

Trombóza cévy, do které je zaveden katétr, patří mezi tři nejčastější komplikace použití centrálních žilních systémů u nemocných.

Trombotické komplikace lze rozdělit na tři typy:

- trombóza stěny cévy, do které je katétr zaveden,
- trombóza nasedající na špičku katétru,
- trombóza typu fibrinové pochvy („fibrin sheath“).

Trombóza špičky katétru často souvisí s uzávěrem vnitřního lumina katétru a může způsobit vznik extravazátu v průběhu katétru podkožím a může se šířit až k tělu portu.

Fibrinová pochva – FP (fibrinový nálet) se začíná vytvářet kolem katétru ihned po jeho zavedení, její vznik souvisí s trombogenním potenciálem katétru. FP se táhne od místa průchodu katétru cévou podél katétru a někdy dosahuje až ke špičce katétru. Zde někdy vytváří funkční pseudochlopeň, která umožňuje aplikaci do systému, ale znemožňuje aspiraci krve ze systému. Kromě nesnáží s odběrem krve ze systému může být spojena s dalšími sekundárními komplikacemi, jako je infekce, vznik extravazátu nebo raritní embolizace do plicnice.

Nástěnná trombóza začíná nejčastěji na cévní stěně poškozené špičkou katétru nebo v místě prostupu katétru stěnou cévní. Může ji vyvolat i traumatizace intimy

chemoterapeutiky. Trombus může na stěně cévy tvořit nepravidelný plát, může však dojít k jeho rozšíření všemi směry s celkovým uzavřením cévy i katétru.

Diagnostika je možná pomocí klinických příznaků (otok horní končetiny či krku, bolest, zvýšená teplota, změna barvy kůže, kolaterální žilní oběh, dilatace žil, syndrom horní duté žíly, sepse). Velká část žilních trombóz je klinicky němých. Podezření na možnost trombózy je nutné mít v případech, kdy nastane změna kvality aplikace do katétru (obtížná aplikace léčiva, není možnost aspirace). Nejcitlivější pro stanovení diagnózy hluboké trombózy horní končetiny je dopplerometrické ultrazvukové vyšetření.

Při diagnostice trombózy typu „fibrinová pochva“ kolem katétru nejsou výše uvedená vyšetření nutná. Nejprve je nutné vyloučit jiné **příčiny**. Nemocný by měl provést několik manévrů nebo cviků, které mohou obnovit možnost aspirovat krev, pokud je příčina v nevýhodné poloze špičky katétru, která se opírá o cévní stěnu. Podtlak, který vzniká při snaze o aspiraci, vede k přisátí katétru ke stěně cévy a tak ke znemožnění odběru krve. Mezi tyto manévry patří: Valsalvův manévr, kašel, cvičení, elevace horních končetin, změna polohy těla nemocného a jiné.

V případě neúspěchu je nutné rentgenologickým vyšetřením vyloučit nebo potvrdit méně časté komplikace, které se mohou také projevit kompletní nebo částečnou obstrukcí katétru. Jedná se o migraci katétru, uskřínutí katétru, vysrážení léčiv v systému. Pokud lze do systému aplikovat kontrastní látku, je vhodné toto vyšetření provést před podáním heparinu – nejčastěji u fibrinové pochvy. Po vyloučení jiných příčin je aplikována altepláza. Někdy lze zjistit příčinu neprůchodnosti, a to trombus v katétru nebo fibrinový nálet.

Možnosti léčby nástěnné trombózy mající vztah k centrálnímu žilnímu katétru (CŽK):

- antikoagulancia (heparin, nízkomolekulární heparin),
- systémová fibrinolýza pouze v případě, že se jedná o FP nebo se prokáže, že trombóza vznikla do 48 hodin – tedy raritní případ (streptokináza, urokináza, rekombinantní tkáňový plazminogenový aktivátor – rt-PA),
- místní fibrinolýza se záměrem dosáhnout efektivní koncentrace v místě trombu s minimální nebo žádnou systémovou toxicitou,
- intermitentní dávkování fibrinolytik,
- chirurgická léčba – pouze u masivní plicní embolizace,
- sekvenční postup (fibrinolýza + následná operační revize) – opět u masivní plicní embolie.
- Chirurgické řešení trombózy se u nemocného s trombózou a CŽK využívá minimálně. Mezi obecná opatření patří: klid na lůžku a elevace horní

končetiny. Standardní léčbou je podání heparinu po dobu 7 – 10 dnů a následná terapie Warfarinem po dobu několika měsíců. Z trombolitik je používána streptokináza, urokináza, zřídka rekombinantní tkáňový aktivátor plazminogenu k lokální aplikaci – v současnosti je dostupná pouze altepláza. Při neúspěchu trombolytické léčby se port-systém vyjímá, jinak by byl spíše zdrojem dalších komplikací.

2.1.20.3 Komplikace mající vztah k vlastnímu operačnímu zavedení portu

- Pneumothorax,
- krvácení ze žíly, arterie při chybné kanylaci,
- hematom v kapse portu,
- serom v kapse portu,¹⁴⁸
- fluidothorax,
- poranění nervus phrenicus či plexus brachialis,¹⁴⁹
- hemothorax,
- vyprovokování srdeční arytmie,
- poranění srdce,
- zánět operační rány,
- kožní nekróza,
- vzduchová embolie.¹⁵⁰

Léčba: léčba pneumotoraxu je obsahem každé publikace o akutních stavech v medicíně a je nad rámec tohoto sdělení.

Krvácení i progredující hematoma si vynucují okamžitou revizi rány. Vznik drobného hematoma nebo seromu (reakce na cizí těleso) je možno řešit konzervativně. Je vhodné zvážit sterilní punkci kapsy portu s odsátím jejího obsahu, což může urychlit proces vstřebání a zkrátit dobu, po kterou port nemůže být používán. Profylaktické opatření u hematoma zahrnují správnou přípravu nemocného k operaci (úprava koagulačních parametrů, doplnění trombocytů na hodnotu kolem $50 \times 10^9/l$) a klidový režim po zákroku včetně komprese rány (převaz).

¹⁴⁸ HÁJEK, R., ŠEVČÍK, P., ONDRÁŠEK, J., *Implantabilní podkožní porty*, s. 13–23.

¹⁴⁹ CHARVÁT, Z., LINKE, Z., SOUČEK, M., PRAUSOVÁ, J., Fraktura katétru intravenózního portkatétru zavedeného do pravostřanné vena subclavia infraklavikulárním přístupem, *Klinická onkologie*, 2004, č. 4, s. 136.

¹⁵⁰ MRÁČEK, M., HERDEGEN, P., JATAGANDZIDIS, V., Implantabilní venózní porty pro chemoterapii, *Causa subita*, 2007, č. 6, s. 164.

2.1.20.4 Technické komplikace systému

- Prasknutí membrány nebo její netěsnost,
- prasknutí katétru,
- rozpojení systému,
- netěsnost spojení systému.

Četnost technických komplikací systému je velmi nízká. Standardně používané porty jsou vysoce kvalitní.

Diagnostika: tento typ komplikací je často zjistitelný již z prostého rentgenového snímku, v případě netěsnosti je jej nutné doplnit o aplikaci kontrastní látky, která vytvoří charakteristické „depo“ v podkoží – ověřené při skiaskopii.

Léčba: v případě porušení systému je nutné vyjmutí systému. Podobně je nutno postupovat při netěsnosti spojovací části mezi tělem portu a katétre.

Prevence: pečlivé napojení systému při zavádění; ověření těsnosti peroperačně (kontrastní látka); šetrné zacházení s portem – poučení nemocného (pacient na to nemá vliv, snad jen vyvarovat se golfu, střelbě z ručních palných zbraní, kdy je pažba na straně portu, extrémní sporty); šetrná aplikace do portu – nepoužívat vysokotlaké injekční stříkačky o obsahu 2 ml.

Je nutno zdůraznit, že tyto komplikace by mohly být příčinou vzniku extravazátu, pokud by zdravotnický personál nepostupoval podle návodu a bez rozmýšlení aplikoval do systému léčivo.

2.1.20.5 Jiné komplikace ve vztahu k používání systému

- Vznik extravazátu,
- migrace katétru,
- uskřínutí katétru („pinch off syndrom“),
- zlomení katétru a embolizace katétru,
- porušení žilní stěny,
- eroze kůže,
- strach z aplikace jehly,
- okluze (neprůchodnost) systému,
- neúspěch při zavádění katétru.¹⁵¹

¹⁵¹ HÁJEK, R., ŠEVČÍK, P., ONDRÁŠEK, J., *Implantabilní podkožní porty*, s. 23–25.

Vznik extravazátu

Vznik extravazátu není častou komplikací. Je způsoben špatným výběrem jehly, chybnou technikou aplikace, netěsností nebo rupturou membrány portu či katétru. Zásadní je množství a hlavně typ látky, která unikla do tkání. Jedná-li se o cytostatika vázající se na nukleové kyseliny (označovaná v literatuře jako „binding agents“) jako je doxorubicin, dactinomycin, daunorubicin, mitomycin C a mithramycin, je poškození tkáně závažné, dlouhodobé a s tendencí šíření se do okolí. Zpravidla vzniká nekróza a čím dříve je tkáň vyříznuta, tím lépe. V případě, že nešlo o typ výše jmenovaného cytostatika a postižení se nešíří do okolí nebo podél katétru, lze řešit komplikaci konzervativně za bedlivého pozorování.

Příznaky: bolest a pálení při aplikaci; později charakteristické znaky zánětu: teplo, zarudnutí, otok.

Diagnostika: anamnéza, klinické příznaky v místě portu.

Léčba:

- a) odsát co největší množství tekutiny, pokud lze,
- b) klidový režim s elevací a imobilizací stejnostranné končetiny po dobu 48 hodin,
- c) led na postiženou oblast,
- d) aplikace antidot podle zvyklostí pracoviště – účinek je sporný,
- e) bedlivé pozorování a v případě, že se ložisko zvětšuje nebo vzniká puchýř či nekrotická tkáň, ihned vyříznutí postižené tkáně a vyjmutí systému.

V případě, že se jedná o cytostatikum ze skupiny „binding agent“ (viz výše), které uniklo do podkoží ve vyšší dávce, není důvod k váhání a postiženou tkáň je nutno vyříznout dříve, než dojde k rozšíření postižení. Při menší dávce možno chvíli (1 – 2 dny) vyčkat. Jakmile se objeví drobné nekrotické ložisko, ihned celou tkáň odstraníme.

Prevence: indikované zavádění portů; nezavádět porty u obézních nemocných; pečlivé prověření průchodnosti systému podle daných pravidel; správná fixace jehly ke kůži nemocného; průběžná kontrola pozice jehly a okolí jejího vpichu v průběhu aplikace; u vysoce nebezpečných léčiv krátká aplikace za přímé kontroly zdravotnického personálu při jednorázové injekci; dostatečné rozředění aplikovaného léčiva při kontinuálním podání, aby při zjištění úniku léčiva mimo systém bylo celkové množství uniklého léčiva co nejmenší.

Migrace katétru

Při špatné pozici (malpozici) katétru nebo při neobvyklém pohybu nemocného může dojít ke změně polohy katétru (např. z pozice v horní duté žíle do pozice ve vena jugularis interna) a někdy katétr opustí centrální žílu.

Příznaky: ze systému nelze odebírat krev; obtížná a nebo bolestivá aplikace léčiv do systému.¹⁵² Můžeme ji častěji pozorovat spíše u obézních pacientů, kdy port může být velmi obtížně napíchnutelný.¹⁵³

Diagnostika: rentgenologickým vyšetřením.

Léčba: úpravy pozice kanyly nebo vyjmutí systému a nahrazení systémem novým.

Prevence: dostatečná fixace portu k fascii; omezení vysoce náročných pohybových aktivit u nemocného.

Uskřinutí katétru (pinch off syndrom)

Vzniká pravděpodobně při anatomické predispozici nemocného, kterému je katétr zaveden. MUDr. Hubáček uvádí: „Také při odpalu v golfu.“ K uskřinutí katétru dochází v prostoru mezi prvním žebrem a klíčkem. Podle literatury napomáhá vzniku uskřinutí zavedení katétru ve střední nebo mediální podklíčkové oblasti.

Příznaky: kompletní nebo částečný uzávěr systému; nelze aplikovat ani aspirovat, případně s velkou obtíží a jen v určité poloze (elevace horních končetin a jiné).

Diagnostika: rentgenologické vyšetření nejlépe s nástřikem kontrastní látky do systému a průkazným zúžením v oblasti mezi prvním žebrem a klíčkem.

Léčba: nové zavedení katétru laterálněji od prvního; používání tenčích katétrů.

Prevence: zavádění katétru laterálně od střední části klíčku.

Zalomení katétru a embolizace katétru

Jde o ojedinělou komplikaci, která je způsobena traumatickým přerušením katétru. Katétr „uplave“ do pravé srdeční komory, eventuelně až do plicnice.

Příznaky: ze systému nelze odebírat krev; obtížná a nebo bolestivá aplikace léčiv do systému; nemocný může cítit nejasně definované pocity nejčastěji píchavého charakteru v oblasti srdce, vystřelující bolest do oblasti ucha a musculus sternocleidomastoideus.

Diagnostika: rentgenologické vyšetření s ověřením polohy katétru.

Léčba: nutné vytažení katétru nejlépe na specializovaném angiologickém pracovišti.

Prevence: poučení nemocného; pátrání v anamnéze po nezvyklé fyzické aktivitě, která by mohla vést k traumatickému poškození katétru – například golf.

¹⁵² HÁJEK, R., ŠEVČÍK, P., ONDRÁŠEK, J., *Implantabilní podkožní porty*, s. 23–25.

¹⁵³ OSTRÍŽEK, T., *Zásady péče o implantabilní podkožní porty u onkologických pacientů. Univerzitní onkologické centrum Brno.* [online], dostupné na WWW: <<http://www.uoc.muni.cz/prezent1/porty.htm>>.

Porušení žilní stěny s migrací katétru mimo cévu

Existují ojedinělé zprávy o porušení stěny cévy při zavedeném katétru a následná migrace katétru mimo cévu. Jde o velmi závažnou komplikaci, při které dochází ke krvácení a vzniku výpotku z podaných infuzí, případně poškození tkání podanými léčivými.

Příznaky: nemocný může cítit nejasně definované pocity, ale nečastěji bolest nebo tlak na prsou, dušnost, mdloby při hypotenzi. Komplikace může mít rychlou dynamiku s rychlým zhoršováním klinického stavu nemocného.

Diagnostika: rentgenologické vyšetření se zaměřením na pozici katétru, tekutinu v pleurální dutině, rozšíření mediastina. Biochemické vyšetření fluidothoraxu, které by mělo zjistit složky podaných infuzních roztoků a léčiv.

Léčba: vyjmutí katétru a další akutní výkony (intubace, urgentní chirurgický zákrok, odsátí výpotku) podle dominujícího postižení a klinického stavu nemocného.

Prevence: zavedení katétru do optimální pozice. Vzhledem k tomu, že z ojedinělých případů měla převážná část nemocných zaveden katétre zleva, lze doporučit zavádění katétru zprava.

Eroze kůže

Při opakovaném vpichu do systému nebo při použití krátké jehly může dojít k poškození kůže, což může být zdrojem následné infekční komplikace. Proto je vhodné u hospitalizovaného nemocného nechávat jehlu raději dlouhodoběji zavedenou v portu. Ne však déle než 5 dnů, protože pak může vzniknout v kůži a podkoží tunel, který je bránou vstupu infekce. Vzniku eroze kůže napomáhá slabá vrstva podkoží u nemocného a neadekvátně velký port, který tlačí na kůži nad ním nebo kachektizace pacienta během dlouhodobé terapie.

Příznaky: zarudnutí, bolestivost, drobné ranky – dekubitus v různém stadiu hojení v místě vpichů jehel.

Diagnostika: anamnéza častých vpichů, vizuálně.

Léčba: lokální léčba (jodisol, antibiotická mast), přerušení aplikací do portu.

Prevence: zavedení jehly pro dlouhodobou aplikaci do systému při předpokládaném častém opakování aplikace do systému.¹⁵⁴

Okluze (neprůchodnost) systému

Okluzi zjišťujeme úplnou nebo jednocestnou, kdy lze aplikovat léčivo, nelze však aspirovat krev. Bývá nejčastěji způsobena pouhým přisátím katétru k cévní stěně, dále trombózou či precipitací léčiva.

¹⁵⁴ HÁJEK, R., ŠEVČÍK, P., ONDRÁŠEK, J., *Implantabilní podkožní porty*, s. 23–25.

Diagnostika: nesprávná funkce portkatétru, kdy se zkouší heparinový proplach střídáním aspirace a aplikace

Léčba: změna polohy pacienta, Valsavův manévr, aplikace Heparinu nebo trombolitik apod.¹⁵⁵

Neúspěch při zavádění katétru

Katetrizace by nikdy neměla být prováděna ve spěchu a měla by odpadnout jakákoliv ješitnost, tj. „píchnout katétr za každou cenu, protože je to otázka prestiže“. Jde o výkon naslepo, který se v určitém procentu případů nepovede ani nejzdatnějším odborníkům. I u zavádění platí pravidlo, které říká: „tříkrát a dost“. Jestliže v určité lokalitě lékař neuspěje třikrát za sebou, měl by kanylaci provést pokud možno jiný lékař na jiném místě.¹⁵⁶

2.1.21 Společnost pro porty

Tlak na zavádění portových systémů vedl skupinu lékařů, kteří se touto problematikou dlouhodobě zabývají k založení odborné společnosti.

Na základě iniciativy hlavních implantačních center vznikla 12. 9. 2007 společnost pod názvem „Společnost pro porty a permanentní katétrů“, se sídlem v Praze.¹⁵⁷

Cílem společnosti je snaha prosadit při jednání na odborném fóru ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví a zdravotními pojišťovny standardy běžné v západoevropských zemích, které by měly ve svém důsledku více zpřístupnit a zprofesionalizovat užívání permanentních cévních přístupů v léčbě onkologických, alergologických a neurologických pacientů.

Jedná se hlavně o začlenění tohoto přístupu do seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, vytvoření indikačních kritérií, nastavení optimálního způsobu úhrady a stanovení doporučených postupů a celostátního registru.¹⁵⁸

Dlouhodobým záměrem společnosti je příprava a prosazení nové koncepce dlouhodobých žilních přístupů v České republice.

Metodika zahrnuje vznik akreditačních center, která by nejen školila personál v péči o tyto systémy a vzniku celostátního registru pacientů s implantovanými portovými systémy a permanentními katétrů, který by mimo jiné umožnil i sledování

¹⁵⁵ MRÁČEK, M., HERDEGEN, P., JATAGANDZIDIS, V., Implantabilní venózní porty pro chemoterapii, *Causa subita*, 2007, č. 6, s. 164.

¹⁵⁶ ZADÁK, Z., Technika dlouhodobého intravenózního přístupu. *Zdravotnické noviny*. [online], dostupné na WWW: <<http://www.zdn.cz/scripts/detail.php?id=152619>>.

¹⁵⁷ CHARVÁT, J., CHLUMSKÝ, J., Intravenózní implantabilní portkatétrů v klinické praxi, *Praktický lékař*, 2007, č. 87, s. 328.

¹⁵⁸ SPOLEČNOST PRO PORTY A PERMANENTNÍ KATÉTRY o.s., [online], dostupné na WWW: <<http://www.porty.cz/>>.

komplikací. Dalším cílem je vytvoření metodických postupů pro implantace a následné ošetřování portů a katétrů tak, aby na porty dosáhlo více českých pacientů.¹⁵⁹

Bližší podrobnosti by měly být dostupné na webových stránkách: <http://www.porty.cz/>. Struktura zmíněných webových stránek, které jsou doposud převážně v přípravě, obsahuje: úvod do problematiky, způsob registrace do společnosti, informace pro pacienty, informace pro odbornou veřejnost, informace pro členy společnosti, registr pacientů, novinky a připravované akce.¹⁶⁰ Jak již bylo zmíněno, webové stránky jsou v přípravě.

¹⁵⁹ ŠTĚPÁNEK, M., II. celostátní konference o portech a permanentních katétrech, *Braunoviny*, 2009, č. 4, s. 15, dostupné na WWW: <<http://braunoviny.bbraun.cz/cs/braunoviny/2009/braunoviny-2009-04-nahled.pdf>>.

¹⁶⁰ SPOLEČNOST PRO PORTY A PERMANENTNÍ KATÉTRY o.s., [online], dostupné na WWW: <<http://www.porty.cz/>>.

2.2 Problematika kvality života

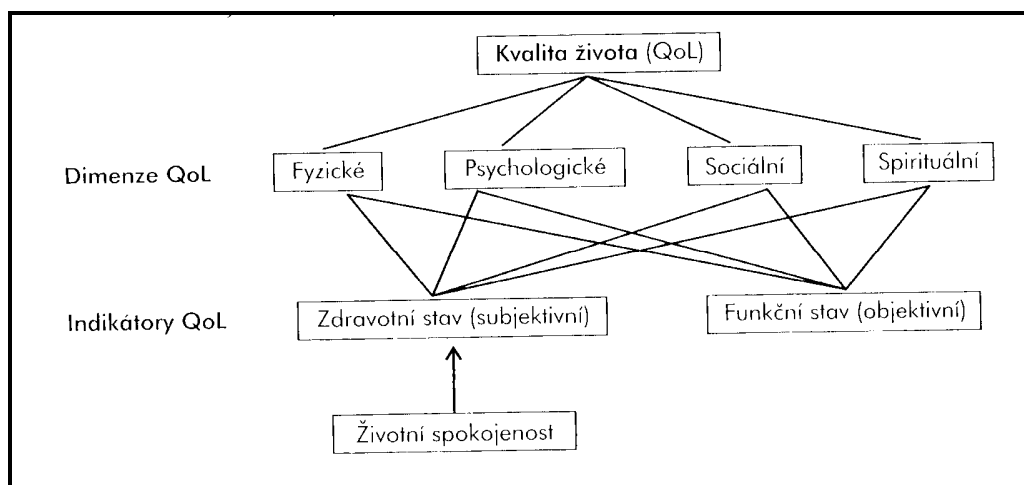
2.2.1 Vymezení pojmu kvalita

Slovo kvalita je odvozeno od latinského základu „qualitas“ (kvalita) či „qualis“ (jaký). Odpověď na otázku, co se rozumí kvalitou, je možné dát i sémanticky. Kvalitou se tedy rozumí „jakost nebo hodnota“. Je to charakteristický rys, jímž se daný jev odlišuje jako celek od jiného celku (např. život jednoho člověka od života člověka druhého).

2.2.2 Definice kvality života

Použijeme-li Aristotelova citátu „Když člověk onemocní, vidí štěstí ve zdraví. Když je v pořádku, jsou mu štěstím peníze“ pomůže nám to ještě lépe vymezit obsah tohoto pojmu.¹⁶¹

Již z předchozího odstavce je patrné, že definovat kvalitu života je velmi nesnadné. Je to v důsledku absolutní individuality každého jedince, jeho prožívání, vnímání a hodnotové orientace. Tvoří ji aspekty somatické, behaviorální, kognitivní, emoční, sociální, kulturně etické a spirituální.¹⁶²



Obrázek 8 – Zdravotní a funkční stav nemocného jako subjektivní a objektivní komponenty kvality života

(Slováček, L., Jebavý, L., 2007, s. 11)

¹⁶¹ KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, s 162.

¹⁶² MAREŠ, M., MAREŠOVÁ, J., *Bolest a kvalita života u dětí*. [online], dostupné na WWW: <<http://portal.lf1.cuni.cz/clanek-758-bolest-a-kvalita-zivota-u-deti>>.

V současné době najdeme v literatuře celou řadu definic výše zmíněného pojmu, avšak žádná z nich není taková, která by byla všeobecně akceptována v průběhu posledních 30 let. V zahraniční literatuře se tak často setkáváme s pojmy „social well-being“ (sociální pohoda), „social welfare“ (sociální blahobyt) a „human development“ (lidský rozvoj). Jde o ekvivalentní či analogické termíny.

Mají však jedno společné, a to, že pojem „kvalita života“ by měl obsahovat údaje o fyzickém, psychickém a sociálním stavu jedince.¹⁶³

Hovoříme-li o kvalitě života vztahované ke zdraví, je obvykle sledováno, jaký dopad má onemocnění jedince na jeho fyzický či psychický stav, na jeho způsob života a pocit životní spokojenosti.

Kvalita života je individuální, specifická a ryze subjektivní veličina, která vypovídá o hodnocení závažnosti onemocnění z hlediska samotného pacienta.¹⁶⁴ Definice kvality života vychází z tzv. Maslowovy teorie potřeb, tj. naplnění základních fyziologických potřeb (potřeba nasycení, spánku, úlevy od bolesti apod.), je předpokladem aktualizace a uspokojení potřeb subtilnějších (potřeba bezpečí, blízkosti jiných, sebeúcty apod.).¹⁶⁵

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje kvalitu života nemocného z perspektivy optimálního zdraví jako „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv jen absenci nemoci či postižení“.¹⁶⁶ Hodnotí ji tedy podle toho, „jak člověk vnímá své postavení v kontextu kultury a hodnotových systémů, v nichž žije a ve vztahu k cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům“.¹⁶⁷ Kvalita života není tedy v současném pojetí WHO součtem podmínek a zdravotního stavu, ale spíše vypovídá o vlivu zdravotního stavu a podmínek na jedince.¹⁶⁸

Rovněž přínosné jsou další definice kvality života, např.: „Kvalita života je definována s ohledem na spokojenost daného člověka s dosahováním cílů určujících směřování jeho života“. (Křivohlavý, J.)¹⁶⁹

Kvalitu života vymezuje podobně i Centrum pro podporu zdraví při Univerzitě v Torontu. „Kvalita života je stupeň, ve kterém jedinec využívá důležité možnosti

¹⁶³ HNLIČOVÁ, H., Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví, *Zdravotnické noviny*, 2003, č. 5, [online], dostupné na WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/kvalita-zivota-a-jeji-vyznam-pro-medicinu-a-zdravotnictvi-151408>>.

¹⁶⁴ SLOVÁČEK, L., SLOVÁČKOVÁ, B., BLAŽEK, M., JEBAVÝ, L., Kvalita života onkologicky nemocných – definice, koncepce, možnosti, hodnocení, *Klinická onkologie*, 2006, č. 3, s. 163.

¹⁶⁵ SLOVÁČEK, L., SLOVÁČKOVÁ, B., JEBAVÝ, L., BLAŽEK, M., KAČEROVSKÝ, J., Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby, *Vojenské zdravotnické listy*, 2004, č. 1, s. 6.

¹⁶⁶ SLOVÁČEK, L., SLOVÁČKOVÁ, B., BLAŽEK, M., JEBAVÝ, L., Kvalita života onkologicky nemocných – definice, koncepce, možnosti, hodnocení, *Klinická onkologie*, 2006, č. 3, s. 163.

¹⁶⁷ KOVÁČ, D., K pojmu – logice kvality života, *Československá psychologie*, 2004, č. 5, s. 460.

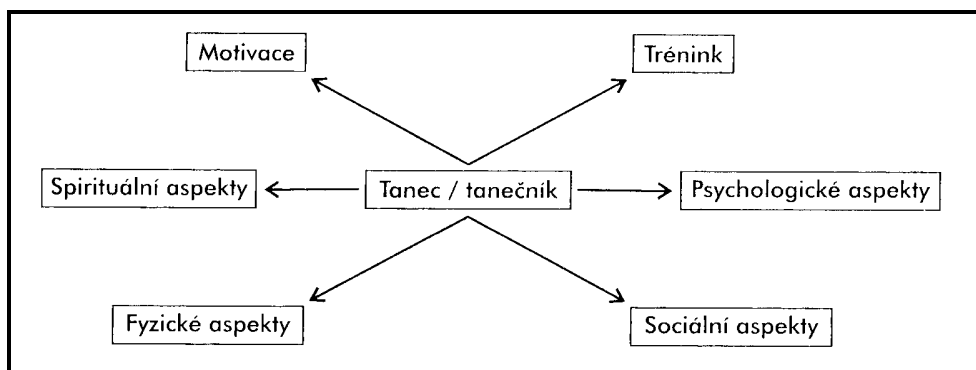
¹⁶⁸ HNLIČOVÁ, H., Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví, *Zdravotnické noviny*, 2003, č. 5, [online], dostupné na WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/kvalita-zivota-a-jeji-vyznam-pro-medicinu-a-zdravotnictvi-151408>>.

¹⁶⁹ KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie zdraví*, s. 40.

svého života“. Možnosti přitom plynou z příležitostí a omezení, které každý člověk ve svém životě má, a tyto jsou odrazem interakce mezi ním a prostředím.¹⁷⁰

Definice kvality života nemocného vychází z koncepčního modelu kvality života, který je dán 4 dimenzemi plnohodnotného života jedince: 1. fyzický stav, 2 psychický stav a psychologické aspekty, 3. sociální stav, 4. spirituální aspekty.

Velmi zajímavý, dalo by se říci až extravagantní, pohled na koncepci kvality života onkologických nemocných má Kingová, která přirovnává kvalitu života onkologických nemocných k tanci. Pacienta s nově diagnostikovaným maligním nádorovým onemocněním přirovnává k tanečníkovi – začátečníkovi a jeho léčbu s následnou péčí k tanečnímu instruktorovi. Kingová dále uvádí, že samotný tanec může probíhat ve trojí podobě: 1. v duetu, tj. léčba a následná péče o nemocného, 2. ve společnosti tanečníků, tj. léčba a následná péče o nemocného, rodina a přátelé, 3. v sólo tanci, tj. tanec nemocného za podpory ošetřovatelského týmu, rodiny a přátel. Autorka rovněž uvádí, že tanec není pouze o pohybech, nýbrž také o postojích, motivaci, fyzických, psychických, sociálních a spirituálních aspektech.



Obrázek 9 – Kvalita života onkologicky nemocného aneb tanec

(Slováček, L., Jebavý, L., 2007, s. 13)

Na kvalitu života je pohlíženo jako na vícerozměrnou veličinu a obvykle je definována jako „subjektivní posouzení vlastní životní situace“. Zahrnuje tedy nejen pocit fyzického zdraví a nepřítomnost symptomů onemocnění či léčby, ale v globálním pohledu také psychickou kondici, společenské uplatnění, náboženské a ekonomické aspekty apod.¹⁷¹

V souhrnu tedy lze říci, že kvalita života je samostatným, ne běžně sledovaným klinickým parametrem, nezávislým ukazatelem, který nám přináší jinak nedostupné informace o pacientově subjektivním vnímání jeho zdravotní a celkové životní situace. Je nezbytné, abychom se s těmito ukazateli naučili pracovat, používat je při volbě a hodnocení jednotlivých způsobů léčby. Jen tak budeme schopni poskytnout nemocnému dostatek informací k tomu, aby byl schopen kvalifikovaně a zasvěceně spolupřihodovat o volbě léčebného postupu. Je na nás, abychom si uvědomili, že

¹⁷⁰ KAJABA, V., *Hodnocení kvality života vztahované ke zdraví u hemato-onkologických pacientů po autologní transplantaci krevetvorných buněk*. s. 55.

¹⁷¹ SLOVÁČEK, L., SLOVÁČKOVÁ, B., BLAŽEK, M., JEBAVÝ, L., *Kvalita života onkologicky nemocných – definice, koncepce, možnosti, hodnocení, Klinická onkologie*, 2006, č. 3, s. 163.

naším cílem musí být péče o nemocného s respektováním jeho osobnosti a nikoli jen léčba jeho onemocnění.¹⁷²

2.2.3 Historický náhled na kvalitu života

Pojem kvality života má svou historii a objevuje se již v dávné minulosti. Jisté koncepte ji zmiňují dokonce v římské a řecké mytologii. Kvalita života nebyla původně chápána jako vědecký pojem. Svou stručností a intuitivní srozumitelností se však ujal a stal se v politice i v mediálním světě módním slovem.¹⁷³ Postupně se z něj stával pojem vědecký, který se rozvíjel dvěma směry - jednak objektivním (byl chápán jako souhrn objektivních indikátorů kvality životních podmínek v dané zemi), jednak subjektivním (byl chápán jako souhrn subjektivních indikátorů kvality jedincovy „cesty životem“). Vzhledem k výše naznačenému vývoji bylo a je obtížné dospět k všeobecně přijímané definici kvality života.¹⁷⁴

Kvalita života byla poprvé v novodobé historii uváděna ve 20. letech minulého století, a to v souvislosti s ekonomickým vývojem států a jejich úkolem v oblasti materiálního zabezpečování nižších vrstev obyvatel (např. práce autora Pigou).

Předmětem systematického vědeckého zájmu a soustředěného studia se stává až koncem 30. let 20. století.¹⁷⁵

V 50. letech se o kvalitě života hovoří jako o sociologickém tématu, které je vnímáno jako nová rozvojová šance americké společnosti.

Dále se pojem častěji objevoval od 60. let 20. stol., kdy jej zdůraznil ve svém politickém programu americký prezident L. B. Johnson. Měl tím na mysli, že ukazatelem společenského blaha není prostá kvantita spotřebovaného zboží, ale to, jak dobře se lidem za určitých podmínek žije.

V 70. letech si na dosahování lepší kvality života pro své spoluobčany postavila svůj politický program německá sociální demokracie, v čele s Willy Brandtem.¹⁷⁶

V sociologii tento termín brzy zdomácněl a slouží k odlišení podmínek života, jako jsou například příjem, politické zřízení či počet automobilů na domácnost, od vlastního životního pocitu lidí – tedy životního způsobu, životního stylu a životních podmínek v kvalitativních parametrech života. Do této doby se rovněž datuje použití pojmu kvalita života pro výzkumné účely.¹⁷⁷

¹⁷² SALAJKA, F., Kvalita života onkologicky nemocných – kritérium úspěšnosti naší péče, *Klinická onkologie (zvláštní číslo)*, 2001, č. 1, s. 29.

¹⁷³ VAĎUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P., *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*, s. 7.

¹⁷⁴ HNILICOVÁ, H., Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví, *Zdravotnické noviny*, 2003, č. 5, [online], dostupné na WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/kvalita-zivota-a-jeji-vyznam-pro-medicinu-a-zdravotnictvi-151408>>.

¹⁷⁵ VAĎUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P., *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*, s. 7.

¹⁷⁶ PAYNE, J. a kol, *Kvalita života a zdraví*, s. 205.

¹⁷⁷ HNILICOVÁ, H., Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví, *Zdravotnické noviny*, 2003, č. 5, [online], dostupné na WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/kvalita-zivota-a-jeji-vyznam-pro-medicinu-a-zdravotnictvi-151408>>.

Od 70. let je termín kvalita života užíván i v medicíně jako kritérium k posouzení vhodnosti a efektivnosti určité léčby.¹⁷⁸

Na začátku 80. let 20. století (v roce 1982) byla kvalita života definována i ve vztahu ke zdraví (Health-Related Quality of Life, a to jak jednotlivými autory, tak institucemi (WHO). Do té doby byl termín „quality of life“ takřka neznámý. Relevantní odkazy nacházíme pod termínem „health status“.¹⁷⁹

V průběhu 80. let se začíná tento pojem stále častěji používat v klinických studiích.¹⁸⁰ První studie na hodnocení kvality života nemocných byly prováděny v zahraničí na přelomu 70. a 80. let 20. století, a to v souvislosti se vznikem prvních nástrojů k hodnocení kvality života. Nejvíce studií na hodnocení kvality života nemocných po transplantaci krevetvorných buněk pochází ze zemí západní Evropy (Velká Británie, Finsko, Švédsko, Spolková republika Německo), Ameriky (Spojené státy americké, Brazílie) a v neposlední řadě z asijských zemí (zejména Čína).¹⁸¹

V 90. letech minulého století prodělává studium kvality života svůj „boom“. Stává se nedílnou součástí všech vědních oborů, na různých pracovištích ve světě se tomuto tématu věnují celé výzkumy. Odborné týmy hledají a identifikují faktory, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí. Zajímají se rovněž o vztahy mezi těmito faktory.¹⁸²

Na domácí scéně si pojem kvalita života oblíbil bývalý premiér a nyní evropský komisař pro zaměstnanost, sociální záležitosti a rovné příležitosti Vladimír Špidla.¹⁸³ Jako zajímavost lze také uvést, že jej v roce 2006 použil tehdejší předseda Strany zelených Martin Bursík ve své předvolební kampani.¹⁸⁴

2.2.4 Kvalita života v jednotlivých oborech

O kvalitě života se hovoří v různých souvislostech a v různých vědních disciplínách.¹⁸⁵ Jsou to především psychologie, sociologie, kulturní antropologie, ekologie a medicína.

Ve zdravotnictví se z hlediska kvality života hodnotí poskytovaná péče nebo jednotlivé zdravotnické programy. Pojem kvalita života je tedy používán interdisciplinárně.¹⁸⁶

¹⁷⁸ PAYNE, J. a kol, *Kvalita života a zdraví*, s. 206.

¹⁷⁹ KAJABA, V., *Hodnocení kvality života vztahované ke zdraví u hemato-onkologických pacientů po autologní transplantaci krevetvorných buněk*. s. 51.

¹⁸⁰ PAYNE, J. a kol, *Kvalita života a zdraví*, s. 206.

¹⁸¹ SLOVÁČEK, L., JEBAVÝ, L., *Transplantace krevetvorných buněk a kvalita života*, s. 18.

¹⁸² PAYNE, J. a kol, *Kvalita života a zdraví*, s. 206.

¹⁸³ KAJABA, V., *Hodnocení kvality života vztahované ke zdraví u hemato-onkologických pacientů po autologní transplantaci krevetvorných buněk*. s. 60.

¹⁸⁴ VORLÍČEK, J., *Kvalita života v onkologii – o čem je řeč?* [online], dostupné na WWW: <<http://www.paliativnimediceina.cz/prilohy/168pdf>>.

¹⁸⁵ KAJABA, V., *Hodnocení kvality života vztahované ke zdraví u hemato-onkologických pacientů po autologní transplantaci krevetvorných buněk*. s. 65.

¹⁸⁶ PAYNE, J. a kol, *Kvalita života a zdraví*, s. 207.

V moderní medicíně patří kvalita života mezi dynamicky se rozvíjející disciplíny.¹⁸⁷ Dominují zde obory jako onkologie, nefrologie, diabetologie, neurologie, psychiatrie, paliativní medicína či gastroenterologie a prosazuje se také v transplantační medicíně. Sociologové sledují kvalitu života jednotlivých sociálních skupin, psychologové se zaměřují na subjektivní pohodu jednotlivců.¹⁸⁸

Pro medicínu a zdravotnictví je relevantní definice, opírající se o pojetí zdraví WHO (jak již bylo shora zmíněno), kdy zdraví není chápáno pouze jako nepřítomnost nemoci, ale jako stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody.¹⁸⁹

Lze uvést i další definice kvality života:

Kvalita života ukazuje očekávání a spokojenost pacienta s jeho aktuálním stavem ve srovnání s tím, co považuje za možné nebo ideální. (Cella a Tulsy, 1990)

Kvalitou života rozumíme individuální vnímání životního postoje v souvislosti s kulturou a hodnotovým systémem, ve kterém žijí a ve vztahu k jejich cílům, očekáváním, normám a zájmům. (skupina QOL při WHO, 1995)

Kvalita života představuje „reálný“ dopad onemocnění a následné léčby na pacienta vnímaný samotným pacientem. (Schiller, H., 1990)

Kvalita života je definována s ohledem na spokojenost daného člověka s dosahováním cílů určujících směřování jeho života. (Křivohlavý, J., 2001)¹⁹⁰

1) V sociologii

Již shora bylo zmíněno, že v literatuře jsou používány pojmy „social welfare“ a „social well-being“, které lze přeložit jako sociální blahobyť a jako sociální pohoda. Zmíněný vědní obor sleduje kvalitu života u různých sociálních skupin a srovnává ji, a to jak v rámci určité populace, tak i mezikulturálně. Sociologové hledají faktory, které ji nejvíce determinují. Akcelerovány jsou atributy jako sociální úspěšnost, sociální status, majetek, vybavení domácnosti, rodinný stav aj.¹⁹¹ Předmětem zkoumání je vztah těchto atributů ke kvalitě života, která je definována jako subjektivní životní pocit.¹⁹²

Podle sociologie je tedy kvalita života v obecné rovině určena protikladem objemových ekonomických ukazatelům a se znakem souvisejícím kritériím výkonnosti a úspěšnosti společenského systému.

¹⁸⁷ KAJABA, V., *Hodnocení kvality života vztahované ke zdraví u hemato-onkologických pacientů po autologní transplantaci krevtvořných buněk*. s. 52.

¹⁸⁸ PAYNE, J. a kol, *Kvalita života a zdraví*, s. 207.

¹⁸⁹ HNILICOVÁ, H., Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví, *Zdravotnické noviny*, 2003, č. 5, [online], dostupné na WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/kvalita-zivota-a-jeji-vyznam-pro-medicinu-a-zdravotnictvi-151408>>.

¹⁹⁰ KAJABA, V., *Hodnocení kvality života vztahované ke zdraví u hemato-onkologických pacientů po autologní transplantaci krevtvořných buněk*. s. 54–55.

¹⁹¹ PAYNE, J. a kol, *Kvalita života a zdraví*, s. 207–211.

¹⁹² HNILICOVÁ, H., Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví, *Zdravotnické noviny*, 2003, č. 5, [online], dostupné na WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/kvalita-zivota-a-jeji-vyznam-pro-medicinu-a-zdravotnictvi-151408>>.

Na úrovni života jednotlivce je kvalita života vymezována proti konzumnímu životnímu styku preferujícím vlastníctví, které samo o sobě nemůže člověka plně uspokojit a kompenzovat nedostatek či absenci uspokojování jiných potřeb – zejména pak potřeb duchovního charakteru. Zde překračuje kvalita života rámec čistě materiálních potřeb, které je možné uspokojit prostřednictvím zboží.¹⁹³

2) V psychologii

V psychologické literatuře se pod pojmem kvalita života skrývá spokojenost se životem, prožívání subjektivní pohody – má dimenzi kognitivní a emocionální („subjective well-being“) a štěstí („happiness“, „flow“).

Psychologické zkoumání je zaměřeno především na subjektivně prožívanou životní pohodu jednotlivců a pokouší se ji pomocí různých metod měřit. Jsou zkoumány otázky, co činí lidi spokojenými a jak jednotlivé společenské instituce ovlivňují spokojenost lidí. Rovněž se hodnotí subjektivně prožívaná pohoda a štěstí.

Dalšími základními složkami psychologického zkoumání kvality života jsou:

- **kompetence** – pocit, že umím, jsem schopen dělat něco smysluplného a jsem v tomto směru aktivní,
- **autonomie** – rozhoduji o svém vlastním životě, mám ho pod kontrolou,
- **nalomenost** – cítím se být svázan s jinými lidmi, sebeúcta, vážím si sám sebe.¹⁹⁴

3) V medicíně

V medicíně je užíván termín kvalita života od 70. let 20. století. Z hlediska kvality života se hodnotí poskytovaná péče či jednotlivé zdravotnické programy. Těžiště zkoumání kvality života je posunuto z oblasti klinických studií do oblasti každodenní medicíny.¹⁹⁵ Prosazuje se označení „Health Related Quality of Life“ (HRQoL), tj. kvalita života ovlivněná zdravím (vztažená ke zdraví). Výše zmíněný pojem byl zaveden v roce 1982 autory Kaplanem a Bushem.¹⁹⁶

HRQoL se zabýváme proto, že se při hodnocení léčebného výsledku objevuje nový, v minulosti podceňovaný parametr, který odráží plnění léčebného cíle – kvality života. Tento zdánlivě abstraktní parametr je odrazem vyváženosti pozitivního léčebného efektu a nežádoucích účinků.¹⁹⁷

HRQoL vymezuje subjektivní pocit osobní pohody, který je asociován s nemocí či úrazem, léčbou a jinými vedlejšími účinky. Prakticky to znamená, že vedle

¹⁹³ VAĎUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P., *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*, s. 14.

¹⁹⁴ PAYNE, J. a kol., *Kvalita života a zdraví*, s. 207–211.

¹⁹⁵ KAJABA, V., *Hodnocení kvality života vztažené ke zdraví u hemato-onkologických pacientů po autologní transplantaci krevtvořných buněk*, s. 51.

¹⁹⁶ MALÝ, M., *Dotazníky o kvalitě života, Robust 2000: sborník prací 11. letní školy JČMF: 11. –15. 9. 2000, Nečtiny*, s. 176.

¹⁹⁷ KAJABA, V., *Hodnocení kvality života vztažené ke zdraví u hemato-onkologických pacientů po autologní transplantaci krevtvořných buněk*, s. 52.

klinických ukazatelů úspěchu či neúspěchu nasazené terapie se sledují subjektivní i objektivní údaje o fyzickém a psychickém stavu pacienta, jako jsou přítomnost bolesti, zvládání chůze do schodů, intenzita únavy, deprese, prožívaná míra úzkosti, schopnost sebeobsluhy, převažující typ emocí apod.¹⁹⁸ U jedinců s chronickým onemocněním tam, kde nelze očekávat ústup nemoci, můžeme pak kvalitu života považovat za základní výstup při hodnocení léčby.¹⁹⁹

Jinými slovy, v rámci kvality života vyjadřujeme, že při rozhodování v medicíně je třeba brát ohled také na to, jaká strádání léčba pacientovi působí a na kolik mu může zachovat nezávislost a možnost vykonávat běžné životní role.²⁰⁰ Za příklad nesporného významu kvality života nám může sloužit její uplatnění v paliativní medicíně, kdy už pacientovi nezbyvá „mnoho“ času života.²⁰¹ Cílem paliativní péče je dosáhnout co nejlepší kvality života jak pacienta samotného, tak jeho rodiny. Principy paliativní péče umožňují pacientům prožít zbytek života bez zásadních subjektivních potíží a v psychické pohodě. Stav pacienta a jeho vnímání vlastní nemoci pozitivně ovlivňuje jeho blízké, jejich vnímání a chování, takže i oni lépe snášejí jeho brzký odchod.

Z počátku byla kvalita života chápána jako objektivní kritérium, které může být hodnoceno zvenčí jako míra nezávislosti a normálního fungování v běžném životě. Postupně se přesouval důraz na subjektivní stránku kvality života a kvalita života se začala používat pro hodnocení zdravotních a sociálních intervencí u širokého spektra dlouhodobých onemocnění, postižení a nepříznivých okolností.²⁰²

Medicínské přístupy ke kvalitě života se dají rozdělit na klinické a výzkumné.²⁰³

2.2.5 Kritéria vymezující kvalitu života

V literatuře se setkáváme s následujícími pohledy na definiční vymezení kvality života, a to pomocí jiných používaných pojmů, výčtem, charakteristickým znakem nebo vzájemnou souvislostí těchto znaků:

- **definice kvality života pomocí jiného pojmu** – Nagpal vychází z definice zdraví podle WHO a definuje kvalitu života jako komplexní měření fyzické, psychické a sociální pohody, štěstí, spokojenosti a naplnění tak, jak je vnímána každým jedincem nebo skupinou. Cambellova a Conversova definice vychází ze stejného základu a vymezuje kvalitu života jako subjektivně pociťované zdraví. Zannotti chápe kvalitu života jako veškeré vnímání spokojenosti

¹⁹⁸ PAYNE, J. a kol, *Kvalita života a zdraví*, s. 211–212.

¹⁹⁹ VAĐUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P., *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*, s. 26.

²⁰⁰ DRAGOMIRECKÁ, E., *Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života*, s. 9.

²⁰¹ KAJABA, V., *Hodnocení kvality života vztahované ke zdraví u hemato-onkologických pacientů po autologní transplantaci krevetvorných buněk*, s. 51.

²⁰² DRAGOMIRECKÁ, E., *Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života*, s. 9.

²⁰³ KOVÁČ, D., *Kvalita života – naliehavá výzva pre vedu nového storočia, Československá psychologie*, 2001, č. 1, s. 35.

či nespokojenosti jedince v celém jeho životě, přičemž spokojenost vyjádřená různými aspekty má také různou důležitost,

- **definice vyjadřující vztah mezi charakteristikami kvality života** – kvalita života představuje stupeň, v němž prožívání života uspokojuje individuální přání, psychické a fyzické potřeby; je tedy výslednicí osobních hodnot a životního stylu, skrze něž se jedinec snaží naplnit (velikost nepochybně mezi nenaplněnými potřebami a přáními jedince),
- **definice zaměřené na typický znak kvality života** – kvalita života je hodnocena nezávisle na objektivně stanoveném zdravotním stavu,
- **definice kvality života výčtem** – v tomto případě se pojetí kvality života shoduje s rozlišováním jejích dimenzí (v oblastech fyzické, materiální, kognitivní a sociální pohody),
- **definice kvality života jako měřitelné veličiny** – zde je kvalita života vymezena tím, za jakým účelem je měřena, tj. měří se fyzické, funkční, psychické, sociální a duchovní zdraví,
- **definice zdůrazňující určitou oblast** – lze nalézt definice od velmi obecných (široké) až po komplexnější (úzké), které se zaměřují na jeden určitý aspekt.²⁰⁴

2.2.6 Hierarchické členění kvality života

Hovoříme-li o kvalitě života, máme na mysli život jedince, což je z celé problematiky dílčí část.

V pojetí Křivohlavého můžeme tuto problematiku mapovat ve třech hierarchicky odlišných sférách:

- **v makrorovině** – týká se otázky kvality života velkých společenských celků (např. dané země, kontinentu aj.). Jde o zamyšlení nad problematikou smyslu života. Život je v tomto pojetí chápán jako absolutní morální hodnota a kvalita života musí tento závěr ve své definici plně respektovat, stává se tak součástí základních politických úvah (např. otázka investic do zdravotnictví, stanovení obsahu základní výchovy k upevňování zdraví, problematika boje s epidemiemi a hladomorem v zemích tzv. třetího světa apod.),
- **v mezorovině** – jde o otázky kvality života v malých sociálních skupinách (např. ve škole, zdravotnickém zařízení, domově pro seniory apod.). Zde se jedná nejen o respekt k morální hodnotě života člověka, ale i o otázky sociálního klimatu, vzájemných vztahů mezi lidmi, otázky uspokojování a neuspokojování základních potřeb, existence sociální opory, sdílených hodnot apod.,

²⁰⁴ VAŽUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P., *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*, s. 12–14.

- **v personální (osobní) rovině** je definice zdánlivě nejjednodušší, neboť jde o otázku kvality života jednotlivce. Týká se života každého z nás (ať jím je pacient, lékař či kdokoliv jiný). Při stanovení kvality života jde o osobní, subjektivní hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti, nadějí apod. Do hry tak vstupují individuální hodnoty – pacientovy představy, pojetí, naděje, očekávání, přesvědčení apod.

Hovoříme-li o kvalitě života, je třeba si vždy předem ujasnit, o kterou z výše uvedených sfér jde.²⁰⁵

Z pohledu jiného autora (Hnilicové, H.) jsou zmíněny následující životní domény odpovídající nejužšímu sepětí kvality života s osobností jedince. Nejdříve si musíme říci, že kvalita života je chápána jako důsledek interakce mnoha faktorů: sociálních, zdravotních, ekonomických a environmentálních podmínek, které kumulativně a často neznámým způsobem reagují a tak ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivců i celých společností. Tento pohled vychází z nejširšího pohledu na daný pojem.

Nejužšímu sepětí kvality života s osobností individua odpovídají následující základní domény:

- **bytí (being – who is one)** – čili souhrn podstatných charakteristik daného člověka, který má tři subdomény:
 - o **fyzické bytí** (fyzické zdraví, osobní hygiena, výživa, tělesný pohyb, způsob oblékání a celkový vzhled),
 - o **psychologické bytí** (psychologické zdraví, kognice, cítění, sebeúcta a sebekontrola),
 - o **spirituální bytí** (osobní hodnoty a přesvědčení, víra),
- **přilnutí (belonging – napojení na vlastní prostředí)**, jenž má rovněž tři subdomény:
 - o **fyzické přilnutí** (k domovu, pracovišti/škole, sousedství, komunitě),
 - o **užší sociální přilnutí** (k rodině, přátelům, spolupracovníkům, sousedům),
 - o **přilnutí k širšímu prostředí** – komunitě (prostřednictvím pracovních příležitostí, adekvátních finančních příjmů, zdravotní a sociální péče, vzdělávacích a rekreačních možností),

²⁰⁵ KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, s. 163–164.

- **realizace (becoming – dosahování osobních cílů, nadějí a aspirací)**, které sestává z:
 - o **praktického uskutečňování** (domácí aktivity, placená práce, školní a zájmové aktivity, péče o zdraví a sociální začlenění),
 - o **relaxační aktivity** (redukce stresu a relaxace),
 - o **uskutečňování růstu** (aktivity pomáhající zachování, zlepšování znalostí a dovedností, adaptace na změnu).

Rozsah kvality života v jednotlivých uvedených oblastech je podmíněn dvěma faktory, a to jejich důležitostí pro jedince a jejich využíváním. Potom skutečná kvalita života je určena osobním významem jednotlivých dimenzí a rozsahem, v jakém u daného jedince dochází k jejich naplňování v reálném životě.²⁰⁶

2.2.7 Faktory ovlivňující kvalitu života

Výsledná kvalita života je souhrnem mnoha faktorů a je velmi obtížné tyto faktory kvantifikovat, spolehlivě hodnotit a srovnávat pro převahu subjektivních prvků. Na kvalitu života je proto třeba pohlížet jako na mnohorozměrnou veličinu. V medicíně, resp. ve zdravotnictví se sleduje dopad nemoci a jejího léčení na jednotlivé životní domény, které ve svém souhrnu určují kvalitu života.²⁰⁷

V literatuře se uvádí mnoho faktorů, které ovlivňují kvalitu života nemocného a mají dopad na aktivity denního života v různých situacích a za různých okolností. Podle Klenera a Stáblové jsou to zejména:

Faktor	Charakteristika veličiny
Fyzická kondice	Do značné míry určována výskytem různých symptomů onemocnění, event. i nežádoucími účinky aplikované terapie.
Funkční zdatnost	Zahrnuje především stav tělesné aktivity (performace status). Jeho posouzení je zpravidla prováděno podle stupnice WHO nebo stupnice navržené Karnofskym. Dále se jedná o schopnost komunikace s rodinou, přáteli, se spolupracovníky, schopnost uplatnění v zaměstnání, v rodinném životě apod.
Psychický stav	Hodnocen zejména podle převládající nálady, postoje k životu a nemoci, způsoby vyrovnání se s nemocí a léčbou, dále pak osobnostní charakteristiky, prožívání bolesti apod.

²⁰⁶ HNILICOVÁ, H., Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví, *Zdravotnické noviny*, 2003, č. 5, [online], dostupné na WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/kvalita-zivota-a-jeji-vyznam-pro-medicinu-a-zdravotnictvi-151408>>.

²⁰⁷ KAJABA, V., *Hodnocení kvality života vztahované ke zdraví u hemato-onkologických pacientů po autologní transplantaci krvetvorných buněk*. s. 56.

Spokojenost s léčbou	Jde především o komplexní posouzení prostředí, ve kterém je nemocný léčen, dále pak technickou zručnost ošetřujícího personálu při provádění diagnostických a léčebných výkonů, sdílnost personálu, způsob komunikace s nemocným včetně podávání objektivních informací o zdravotním stavu nemocného.
Sociální stav	Hodnocen na základě údajů o vztazích nemocného k blízkým lidem, o jeho roli ve společenských skupinách, o jeho způsobech komunikace s lidmi apod.

Tabulka 2 – Faktory ovlivňující kvalitu života nemocného

(Slováček, Slováčková, Blažek, Jebavý, In *Klinická onkologie*, 2006, s. 163.)

Kvalita života je dána nejen zdravotním stavem, věkem, pohlavím, polymorbiditou, sociálními a ekonomickými podmínkami, ale ovlivňuje ji také odlišný hodnotový systém v různých geografických oblastech světa, rodinná situace, vzdělání, spiritualita, psychické vnímání, přání, očekávání a cíle jednotlivce v různém kulturním prostředí. Dá se říci, že je to pocit vznikající z rozdílu přání a míry jejich (ne)splnění v životě.

Celková (globální) kvalita života je pak souhrnem výše uvedených faktorů. Je to multifaktoriální a multidimenzionální jev, který nás vede ke komplexní péči o jedince, normalizaci kvality života, o jeho socializaci a nikoliv toliko ke zdravotnické péči.²⁰⁸

2.2.8 Kvalita života a čas

Každý, tedy i pacienti, má jinou hierarchii životních hodnot, zcela individuálně pociťuje důsledky různých životních situací. Tato hierarchie se zákonitě v průběhu života mění. Pro subjektivně vnímanou kvalitu života mohou být určující zcela jiné faktory nejen u dvou různých jedinců, ale i u téhož jedince v různých obdobích jeho života. V důsledku toho je pro vnějšího pozorovatele velikost vlivu jednotlivých zážitků a událostí na pocit životní spokojenosti jedince neodhadnutelná.²⁰⁹

Kvalita života se mění v čase v závislosti na změnách samotného pacienta i jeho okolí. Rychlost, s jakou se změna kvality promítne do měření, závisí na povaze změn. Kvalita života je tedy mnohorozměrný, subjektivní a dynamický ukazatel v psychometrii označovaný jako konstrukt. Můžeme jej měřit pouze nepřímo a pouze v určitém (malém) počtu časových intervalů.²¹⁰

²⁰⁸ SLOVÁČEK, L., SLOVÁČKOVÁ, B., BLAŽEK, M., JEBAVÝ, L., Kvalita života onkologicky nemocných – definice, koncepce, možnosti, hodnocení, *Klinická onkologie*, 2006, , č. 3, s. 163.

²⁰⁹ SALAJKA, F., Kvalita života onkologicky nemocných – kritérium úspěšnosti naší péče, *Klinická onkologie (zvláštní číslo)*, 2001, č. 1, s. 29.

²¹⁰ MALÝ, M., Dotazníky o kvalitě života, *Robust 2000: sborník prací 11. letní školy JČMF: 11. –15. 9. 2000, Nečtiny*, s. 177.

2.2.9 Hodnocení a měření kvality života

Kvalita života představuje vícedimenzionální měřítko k posouzení celé řady životních aspektů. V klinické praxi je běžně posuzován zdravotní stav pacienta a úspěšnost léčby pouze v jedné medicínské rovině, tzn. pomocí laboratorních, somatických a zobrazovacích markerů. Trendem soudobé medicíny je ale posoudit celkový stav pacienta komplexněji.²¹¹

Obecně ctíme zásadu, že svou kvalitu života hodnotí pacient sám a v případě rozdílného pohledu mezi lékařem a pacientem se přikláníme na stranu pacienta („právo posledního slova“).²¹² Je třeba ovšem brát v úvahu závislost hodnocení na momentálním emocionálním rozpoložení dotazovaného.

Hodnocení kvality života je zcela individuální.²¹³ Změny ve zdravotním stavu pacientů je třeba vnímat v širším zorném úhlu pohledu než-li pouze z hlediska údajů o změnách jejich fyzického stavu. Vedle klasických medicínských problémů vstupují do hry i otázky psychologické, sociálně-psychologické a otázky sociální péče.²¹⁴

Kvalitu života můžeme hodnotit na základě přístupu objektivního (je zaměřen na naplňování sociálních, kulturních a duchovních potřeb v závislosti od materiálního dostatku, společenské akceptace jednotlivce a fyzického zdraví) a subjektivního (týká se lidské emocionality, pohody, všeobecné spokojenosti se životem a věcmi kolem nás). Nejpodstatnější je subjektivní hodnocení nemocného tak, jak sám vnímá vlastní zdravotní situaci, včetně schopnosti svého sebeuplatnění v pracovním, rodinném i sociálním prostředí.²¹⁵

Proto, aby se kvalita života stala jedním z hlavních kritérií pro rozhodování o léčbě pacienta, potřebujeme ji hodnotit. Význam hodnoceného pojmu je zřejmý i z toho, že o něm hovoří Pařížská charta proti rakovině a také program Zdraví 21.²¹⁶ Hlavním důvodem hodnocení je stanovení efektivity léčby.²¹⁷ Dále nám přináší informaci o pohledu pacienta na zdraví v souvislosti s léčbou, pomáhá při správné volbě léčebného postupu, ovlivňuje spolupráci pacienta i jeho rodiny a je součástí hodnocení kvality péče a spokojenosti pacientů.²¹⁸

²¹¹ SLOVÁČEK, L., SLOVÁČKOVÁ, B., BLAŽEK, M., JEBAVÝ, L., Kvalita života onkologicky nemocných – definice, koncepce, možnosti, hodnocení, *Klinická onkologie*, 2006, , č. 3, s. 165.

²¹² KAJABA, V., *Hodnocení kvality života vztahované ke zdraví u hemato-onkologických pacientů po autologní transplantaci krevetvorných buněk*. s. 56–57.

²¹³ HUBÁČKOVÁ, L., HUBÁČEK, J., *Kvalita života u hemato-onkologických nemocných s plně implantabilním porty*, s. 2.

²¹⁴ OTEVŘELOVÁ, K., Kvalita života onkologických pacientů, [online], dostupné na WWW: <<http://www.olhemdny.cz/abstrakta/bysection.php?year%5Bbrocnik%5D=2007&abstracts%5Bsekc%5D=313>>.

²¹⁵ SLOVÁČEK, L., SLOVÁČKOVÁ, B., JEBAVÝ, L., BLAŽEK, M., KAČEROVSKÝ, J., Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby, *Vojenské zdravotnické listy*, 2004, č. 1, s. 7.

²¹⁶ KAJABA, V., Kvalita života vztahovaná ke zdraví – prezentace prospektivní studie na HOK FNO, [online], dostupné na WWW: <<http://www.olhemdny.cz/abstrakta/bysection.php?year%5Bbrocnik%5D=2007&abstracts%5Bsekc%5D=313>>.

²¹⁷ SLOVÁČEK, L., SLOVÁČKOVÁ, B., JEBAVÝ, L., BLAŽEK, M., KAČEROVSKÝ, J., Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby, *Vojenské zdravotnické listy*, 2004, č. 1, s. 8.

²¹⁸ KAJABA, V., VÍTKOVÁ, J., FABER, E., Hodnocení kvality života ve vztahu ke zdraví po autologní transplantaci krevetvorných buněk u hematologicky nemocných, *Onkologická péče*, 2005, č. 4, s. 20.

V mnoha oblastech klinické medicíny již dnes existuje všeobecný konsensus týkající se potřeby sledovat kvalitu života pacientů jako jednu z fundamentálních komponent různých medicínských či zdravotnických intervencí. Lékaře musí v dnešní době zajímat, jakou kvalitu života mají pacienti trpící různými nemocemi či jaký je dopad konkrétní zvolené terapie na kvalitu jejich života.²¹⁹

Důležitost sledování změn v kvalitě života před a po, případně v průběhu léčby, je v posledních letech zdůrazňována stále častěji. S rostoucí efektivitou léčebných metod se zvyšuje také počet léčených a vyléčených pacientů a tím i množství problémů, které je možno zařadit pod pojem kvalita života.²²⁰

Při podrobnějším a více sebekritickém náhledu na dosavadní běžný postup léčby je zřejmé, že se mnohdy dozvídáme velké množství relativně přesných údajů o daném onemocnění, jeho změnách a dopadech léčby, avšak samotný pacient se zcela z tohoto hodnocení vytrácí. V současné době nejsou ještě pořád pacient a jeho nemoc chápáni jako logické integrální součásti medicínského přístupu, a tak je častá situace, kdy je nemocný při léčbě jeho nemoci zcela přehlížen. Po provedení několika vyšetření sice lze zjistit, zda dochází k pozitivnímu posunu ve vývoji nemoci, ale neví se (a nutno říci, že dosud to vůbec nikoho nezajímalo), zda bylo nemocnému vskutku pomoheno a zda z léčebných postupů nějakým způsobem profituje. Tento postoj byl důsledkem sice nevysloveného, ale o to tvrdošijnějšího přesvědčení, že hlavním a v podstatě jediným cílem musí být vyléčení a že tento důrazný postup v boji proti nemoci téměř za každou cenu, je tím nejlepším, co je pro nemocného možno udělat. Automaticky se předpokládalo, že i nemocný před sebou nemá a nemůže mít jiný cíl než vymýtit nemoc ze svého těla. Podle tohoto modelu by měla existovat optimální úroveň zdraví a lidského fungování, na kterou by všechny lidské bytosti měly aspirovat. Doposud se nikdo neptal sám sebe ani pacientů, zda vskutku na tuto optimální úroveň aspirovat chtějí a jakou cenu jsou za to ochotni zaplatit.

Výsledkem snahy o zlepšení výše zmíněné situace, o změnu postavení nemocného z pozice pasivního příjemce naordinovaných zákroků do role informovaného spolurozhodovatele a spoluposuzovatele léčebných možností, je stále více akceptované uznání nutnosti zahrnout do hodnocení postupů léčby i subjektivní hledisko reprezentované náhledem samotného nemocného na vývoj jeho zdravotního a celkového stavu. Pacient by se místo objektem péče měl stát individualitou ovlivňující nejen výběr prostředků vedoucích k cíli, ale i stanovení cíle jako takového.

Výsledky léčby a prognózy nutí zdravotníky k zamyšlení nad tím, zda výsledky léčby, které jsou nemocným nabízeny jako optimální a téměř jako jediný cílový stav, jsou vskutku tím, co pacienti očekávají. Na straně druhé to vede zdravotníky k zamyšlení, zda jsou schopni splnit očekávání, se kterými nemocný doporučenou léčbu podstupuje. Zdá se, že nemocného s omezenou životní perspektivou málo

²¹⁹ KAJABA, V., *Hodnocení kvality života vztahžené ke zdraví u hemato-onkologických pacientů po autologní transplantaci krevetvorných buněk*. s. 55.

²²⁰ OTEVŘELOVÁ, K., *Kvalita života onkologických pacientů*, [online], dostupné na WWW: <<http://www.olhemndy.cz/abstrakta/bysection.php?year%5Bbrocnik%5D=2007&abstracts%5Bsekce%5D=313>>.

zajímá, jakého objektivního pokroku bylo léčbou dosaženo, ale jeho prvořadou starostí zřejmě je, zda mu léčba uleví od jeho potíží a umožní mu co nejlepší prožití té doby, která mu ještě zbývá.²²¹

Je třeba vytvářet široké týmy odborníků (v zahraniční literatuře tzv. Quality of Life Team) složené nejen z lékařů, zdravotních sester a psychologů, ale stále častější je také přítomnost biostatistika, data manažera, sociálního pracovníka, psychoterapeuta či sociologa. Výše zmíněné týmy pečují o nemocné v duchu bio – psycho – sociálního modelu. Jen tak je možné provádět kvalitní léčbu se současným zajištěním co nejlepší kvality života nemocných.²²²

V našich podmínkách hodnocení kvality života probíhá zejména z výzkumných důvodů, přičemž tyto výzkumy slouží:²²³

- ke zobecnění přístupu lékařů a ostatního personálu k pacientům v různých fázích nemoci a léčby,
- ke zlepšení vybavení, usnadnění pobytu pacientů v nemocnici,
- ke spolupráci s blízkými od pacientů k zajištění sociálního a společenského zázemí,
- k odstranění některých klišé o přáních pacientů (např. nemocný se musí nechat léčit).²²⁴

Hodnocení kvality života stále ještě nebývá běžnou součástí léčebného programu, což můžeme považovat za zásadní nedostatek našeho zdravotnického systému. Mělo by se tedy co nejdříve stát jednou ze zásadních informací o závažnosti zdravotního stavu nemocných. Přináší jak přínos pro lékaře (navázání kvalitního kontaktu s pacientem, zlepšení spolupráce, zjištění subjektivních obtíží za účelem usnadnění efektivní komunikace, získání důležitých informací pro postup léčby), tak pro pacienta (zpětnou vazbu, která mu ukáže, že jeho emoce jsou přirozené a postihují většinu lidí nacházejících se v podobné situaci).²²⁵

Aby se pojem „kvalita života“ a jeho hodnocení nestalo jen jakýmsi novinářským klišé, zneužívanou floskulí a módním obratem, je nezbytné pracovat s tímto pojmem s vědeckou přesností a na základě skutečně vědeckých, experimentálně ověřených poznatků.

Ve zdravotnických zařízeních, v občanském pracovním životě, ale i při práci vnímáme jako velkou výzvu a silný podnět ten fakt, že kvalita života u osob

²²¹ SALAJKA, F., Kvalita života onkologicky nemocných – kritérium úspěšnosti naší péče, *Klinická onkologie (zvláštní číslo)*, 2001, č. 1, s. 27.

²²² VORLÍČEK, J., *Kvalita života v onkologii – o čem je řeč?* [online], dostupné na WWW: <<http://www.paliativnimediceina.cz/prilohy/168pdf>>.

²²³ SLOVÁČEK, L., SLOVÁČKOVÁ, B., JEBAVÝ, L., BLÁŽEK, M., KAČEROVSKÝ, J., Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby, *Vojenské zdravotnické listy*, 2004, č. 1, s. 8.

²²⁴ VORLÍČEK, J., *Kvalita života v onkologii – o čem je řeč?* [online], dostupné na WWW: <<http://www.paliativnimediceina.cz/prilohy/168pdf>>.

²²⁵ HUBÁČKOVÁ, L., HUBÁČEK, J., *Kvalita života u hemato-onkologických nemocných s plně implantabilním porty*, s. 2.

handicapovaných, chronicky nemocných či u osob extrémních věkových skupin, má velkou výpovědní hodnotu nejen o jejich vlastní biologické situaci, ale i o postojích většinové veřejnosti k nim.²²⁶

2.2.10 Metody měření kvality života

V průběhu vývoje výzkumu kvality života byly vytvořeny různé metody jejího měření. Tyto metody lze podle Křivohlavého rozdělit na tři skupiny:

- metody měření kvality života, kde tuto kvalitu života hodnotí druhá osoba – objektivní. Posuzování je pak v případě pacienta prováděno lékaři a ostatními členy zdravotnického personálu, rodinnými příslušníky, psychology a sociálními pracovníky.
- metody měření kvality, kde hodnotitelem je sama daná osoba, která nahlíží na jednotlivé stránky svého života nebo na život jako na určitý celek – subjektivní.
- metody smíšené, vzniklé kombinací dvou shora uvedených metod.²²⁷

2.2.10.1 Objektivní metody k měření kvality života

- **APACHE II (Acute Pchysiological and Chronic Health Evaluation System)** – tzv. hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu. Pokouší se vystihnout celkový stav pacienta ryze fyziologickými a patofyziologickými kritérii. Předchůdcem této metody měření kvality života byly tzv. Health State – rejstříky zdravotního stavu daného pacienta, zdokonalenou formou pak byly tzv. Health State Profiles – profily zdravotního stavu pacienta. Smyslem těchto rejstříků a profilů byla snaha nastínit zdravotní stav pacienta z lékařského, obecně fyziologického hlediska.
- **Karnofského index (The Karnofsky Performance Status Scale)** – zde lékař vyjadřuje indexem svůj názor na celkový zdravotní stav pacienta k určitému datu. Tento nástroj pohlíží na kvalitu života jako na soubor zdravotních problémů a je používán zejména v onkologii.
- **VAS (Visual Analogue Scale)** – vizuální škálování celkového stavu pacienta
- **Index kvality života (ILF)** – je systém slovního hodnocení kritérií jako jsou např. sebeobslužnost pacienta, sociální opora pacienta, zvládání těžkostí spojených s nemocí, bolest pacienta a celkový emocionální stav.
- **SQoL (Spitzer Quality of Life Index)** – jeden z hlavních nástrojů pro zjištění zdravotního stavu a kvality života před a po ukončení terapie.

²²⁶ PETR, P., *Hodnocení kvality života v ošetrovatelství, sociální práci a souvisejících oborech*. [online], dostupné na WWW: <http://www.zsf.jcu.cz/struktura/katedry/verzdrav/clenove/petr/studijni_texty/texty_KZ05/4HodnoceniKZ.doc>.

²²⁷ KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, s. 165.

2.2.10.2 Subjektivní metody měření kvality života

- **SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life)** neboli v překladu systém individuálního hodnocení kvality života. Jde o způsob zjišťování kvality života, který vychází z osobních představ dotazovaného, tedy neklade předem kritéria o tom, co je správné, dobré a žádoucí.
- **SEIQoL–WD (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life–Direct Weighting)** – tento nástroj umožňuje respondentům označit ty oblasti života, které považují za nejdůležitější a dále jim umožňuje ohodnotit jejich výkon v daných oblastech a spokojenost s každou z nich.²²⁸
- **SQUALA** – obsahuje 23 oblastí pokrývající vnější i vnitřní realitu každodenního života. Jde o sebesposuzovací dotazník konstruovaný podle jasných metodologických pravidel. Vychází z Maslowovy třístupňové teorie potřeb.²²⁹
- **SWLS (Satisfaction With Life Scale)** – škála spokojenosti se životem, která se používá k měření kognitivních aspektů.
- **DDRS (Distress and Disability Rating Scale)** – v překladu posuzovací škála stresu a neschopnosti.²³⁰
- **EuroQol EQ–5D (European Quality of Life Questionnaire)** – byl vyvinut multidisciplinární skupinou výzkumníků z několika evropských zemí (tzv. EuroQol Group). Kvalita života nemocných je měřena pomocí 5 objektivních ukazatelů fyzického a psychického zdraví: 1. pohyblivost, 2. sebeobsluha, 3. obvyklá činnost, 4. bolesti/obtíže, 5. úzkost/deprese (tzv. EQ–5D index) a dále pomocí subjektivního ukazatele (subjektivní zdravotní stav), kdy nemocný na tzv. vizuální analogové škále se stupnicí 0 až 100 (0 – nejhorší zdravotní stav, 100 – nejlepší zdravotní stav) označí hodnotu svého aktuálního subjektivního zdravotního stavu (tzv. EQ–5D VAS). Tento dotazník jsem pro jeho kvality částečně využila ke tvorbě svého dotazníku, jenž je součástí mé diplomové práce. Výzkum zde uvedený vychází z principů hodnocení dle zmíněného dotazníku.²³¹

2.2.10.3 Smíšené metody měření kvality života

- **MANSA (Manchester Short Assessment Quality of Life)** – krátký způsob hodnocení kvality života vypracovaný univerzitou v Manchesteru. Metoda hodnotí nejen celkovou spokojenost pacienta se životem, ale i spokojenost s řadou předem přesně stanovených dimenzí života. Cílem metody

²²⁸ VAĎUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P., *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*, s. 53–60.

²²⁹ Tamtéž, s. 63.

²³⁰ KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, s. 169–170.

²³¹ SLOVÁČEK, L., JEBAVÝ, L., *Transplantace krevetvorných buněk*, s. 17.

je vystihnout celkový obraz kvality života daného člověka tak, jak se mu jeví v dané chvíli.

- **LSS (Life Satisfaction Scale)** – jde o škálu životní spokojenosti s vizuální stupnicí typu VAS.²³²

Každá z metod má svá pro a proti, každá z metod má široké využití. Vždy záleží na tom, co od dané metody očekáváme.

2.2.11 Nástroje měření kvality života

Kvalita života je ústředním pojmem všech pomáhajících profesí. Její měření se v praxi využívá tam, kde se chceme dozvědět více o dopadu nemoci a léčby na pacienta, při rozhodování mezi typy léčby s podobnou účinností a ve studiích její ekonomické náročnosti. Měření kvality života doplňuje objektivní ukazatele zdravotního stavu, je užitečným indikátorem úspěšnosti zdravotní a sociální péče, a to především u pacientů s chronickými potížemi.²³³

K hodnocení kvality života byla vyvinuta celá řada instrumentů, přičemž jejich psychometrická výpovědní hodnota a spolehlivost byly testovány podle současných standardů „měření zdraví“.²³⁴

Používány jsou nejčastěji dotazníky, strukturované rozhovory hodnotící stupnice nebo pozorování. Z hlediska podobnosti můžeme tyto metody rozdělit na kvantitativní (dotazníky a posuzovací škály), kvalitativní (rozhovor, kresba apod.) a smíšené.²³⁵

Tyto nástroje (tzv. standardizované dotazníky) umožňují zhodnotit subjektivní faktory standardizovaným a formalizovaným způsobem (tj. měří dopad nemoci a léčby na běžný život nemocného).²³⁶

Pokusy měřit kvalitu života vycházejí ze snahy vyhodnotit v co nejširším pohledu vliv určité poruchy a porovnat mezi sebou způsoby léčení při kontrolovaném sledování jejich účinku. Metody sledující kvalitu života shrnují širší pohled na dopad onemocnění na pohodu a blaho jedince. Mohou zahrnovat vyhodnocení pracovních možností, finančního příjmu, fyzických aktivit, sociálního života, sexuálních aktivit a úrovně nálady.

Měření kvality života není nové. Karnofského škála stavu výkonnosti (1949) byla jednou z prvních a byla založena na vyhodnocení fyzické zdatnosti/stavu pacienta lékařem. Další dotazníky navazují na Karnofského škálu a mají pro lékaře výhodu

²³² KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, s. 176–177.

²³³ DRAGOMIRECKÁ, E., *Nemoc a kvalita života*, *Sestra*, 2008, č. 4, s. 17.

²³⁴ SLOVÁČEK, L., SLOVÁČKOVÁ, B., JEBAVÝ, L., BLAŽEK, M., KAČEROVSKÝ, J., *Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby*, *Vojenské zdravotnické listy*, 2004, č. 1, s. 7.

²³⁵ MAREŠ, M., MAREŠOVÁ, J., *Bolest a kvalita života u dětí*. [online], dostupné na WWW: <<http://portal.lf1.cuni.cz/clanek-758-bolest-a-kvalita-zivota-u-deti>>.

²³⁶ SLOVÁČEK, L., SLOVÁČKOVÁ, B., JEBAVÝ, L., BLAŽEK, M., KAČEROVSKÝ, J., *Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby*, *Vojenské zdravotnické listy*, 2004, č. 1, s. 7.

rychlého zhodnocení pacientovy funkční úrovně na jednoduchém instrumentu v časovém kontinuu.

Zjišťování celkového fyzického stavu pomocí zmíněných metodik se však ve vztahu ke konceptu kvality života ukázalo jako příliš úzké. Později vyvinuté metodiky se pokoušely zahrnovat řadu oblastí chování i subjektivních stavů.²³⁷ Pro proces vývoje nástrojů měření byla stanovena následující kritéria: musejí reflektovat oblasti důležité pro pacienty; měření by se mělo zaměřovat na fyzické i psychické zdraví; výsledné hodnoty by měly být použitelné pro statistickou analýzu; měla by být validní, relevantní, krátká a jednoduchá.²³⁸

Dotazníky běžně obsahují asi 20 až 150 otázek seskupených do několika dimenzí či domén, které korespondují s vymezenými oblastmi lidského bytí (např. od fyzické k duševní).²³⁹ Snahou je pokrýt důležité oblasti co nejmenším počtem krátkých, srozumitelných otázek, aby jejich zodpovězení bylo velmi snadné.²⁴⁰

Dnes je známo minimálně 800 funkčních dotazníkových nástrojů orientovaných buď obecně na velmi širokou škálu nemocí anebo specificky na určitou nemoc, populaci, dimenzi. Přehledný souhrn informací o nástrojích pro měření kvality života poskytuje několik základních publikací (McDowell, Newell, 1987; Fallowfield, 1990; Bowling, 1996; Bowling, 1997; Spilker, 1996).²⁴¹

Dotazníky zaměřené na sledování kvality života týkající se zdraví se začínají šířit z prostředí klinických studií do běžné praxe. Klíčovou podmínkou pro jejich správnou aplikaci je pochopení podstaty těchto dotazníků. Kvalita života popsána dotazníky není jen další nástroj v souboru standardních diagnostických testů, ale měla by být vždy hodnocena odděleně, jako vyjádření pohledu individua (případně jeho prožívání) na svůj život v nemoci. Kvalita života poskytuje zdravotníkům pohled z druhé strany a její hodnota by měla být korigována předpoklady založenými na zkušenostech o náhledu pacienta. Vyplňování dotazníků by mělo být realizováno samotným pacientem při jeho kontaktu se zdravotnickým zařízením.

Dotazníky můžeme z hlediska použitelnosti rozdělit na dva základní typy, tedy generické (obecné) a specifické, pro daný specifický aspekt kvality života. Některé literární prameny uvádějí i třetí typ dotazníků, u nichž se generický přístup doplňuje speciálním modulem, který hodnotí specifické problémy související s určitou nemocí či vadou. Jde o tzv. standardizované behaviour testy, zjišťující funkce fyzické a kognitivní (speciální neuropsychologické testy).²⁴²

²³⁷ KAJABA, V., *Hodnocení kvality života vztahované ke zdraví u hemato-onkologických pacientů po autologní transplantaci krvetvorných buněk*. s. 57.

²³⁸ VAĐUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P., *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*, s. 53.

²³⁹ MALÝ, M., *Dotazníky o kvalitě života, Robust 2000: sborník prací 11. letní školy JČMF: 11. –15. 9. 2000, Nečtiny*, s. 176.

²⁴⁰ KAMELANER, J., *Postřehy ze 16. mezinárodního symposia Supportive care in cancer, Klinická onkologie*, 2005, č. 1, s. 33.

²⁴¹ MALÝ, M., *Dotazníky o kvalitě života, Robust 2000: sborník prací 11. letní školy JČMF: 11. –15. 9. 2000, Nečtiny*, s. 176–177.

²⁴² SLOVÁČEK, L., SLOVÁČKOVÁ, B., JEBAVÝ, L., BLAŽEK, M., KAČEROVSKÝ, J., *Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby, Vojenské zdravotnické listy*, 2004, č. 1, s. 8.

Generické dotazníky hodnotí všeobecně celkový stav nemocného bez ohledu na konkrétní onemocnění, jsou široce použitelné pro jakýkoliv soubor pacientů nebo zdravé populace bez ohledu na pohlaví, věk apod. Jsou tudíž multidimenzionální. K nejznámějším generickým dotazníkům patří Karnofsky Performance Status Scale (KPSS), Performance Status Scale (PS; ECOQ – WHO), Activities of Daily Living (ADL), Sickness Impact Profil (SIP), Short Form 36 Health Subject Questionnaire (SF 36), Nottingham Health Profile (NHP), Euro-Qol (EQ-5D), WHO Quality of Life Assessment (WHO QoL 100) a další. Dle Salajky je jejich výhodou to, že jsou obecné a všímají si kvality života v co nejširším záběru. To znamená, že jsou vhodné zejména k hodnocení kvality života nevýběrových vzorků populace nebo ke srovnání velikosti ovlivnění kvality života různými onemocněními. Na druhé straně tž autor uvádí, že jsou velmi málo citlivé k jemnějším změnám zdravotního stavu dosaženým např. léčbou.

Specifické dotazníky jsou vytvořeny již pro jednotlivé typy onemocnění nebo pro specifický aspekt kvality života a obsahují položky, které zjišťují dopad těchto obtíží na pacienta. Může jít o dotazníky zaměřené na nemocné s určitou chorobou, s určitou lokalizací choroby a existují i dotazníky určené pro jednotlivé způsoby léčby. Jsou jednoznačně senzitivnější. Dle Stablové je mnohdy jejich součástí právě generický dotazník (viz výše).

Pro příklad lze uvést dotazník zjišťování kvality života u nemocných s chronickým selháním ledvin – Kidney Disease Quality of Life Instrument (KDQOL), jehož součástí je právě generický dotazník SF 36. Dle Salajky jsou specifické dotazníky výrazem snahy o jednak co nejpřesnější poznání faktorů ovlivňujících kvalitu života nemocných, jednak zachování přiměřeného rozsahu. Hodnotí poměrně úzké spektrum faktorů, které bezprostředně s daným onemocněním souvisí, jsou tedy mnohem citlivější i k malým změnám v rámci tohoto spektra. Dále umožňují hodnotit vývoj nemoci v čase. Na straně druhé tyto dotazníky kvality života nejsou vhodné k hodnocení dalších vlivů spoluurčujících celkovou kvalitu života.²⁴³ Taktěž lze jejich výsledky jen obtížně srovnávat nebo zobecňovat.²⁴⁴

Lze se setkat taktěž s globálním hodnocením (global assessment), které poskytuje všeobecné zhodnocení kvality života, ale není možné jím identifikovat deficity v jednotlivých doménách kvality života. Tato hodnocení bývají často součástí generických dotazníků v podobě jednoduchých škál označovaných jako VAS (Visual Analog Scale).²⁴⁵

²⁴³ SLOVÁČEK, L., SLOVÁČKOVÁ, B., BLAŽEK, M., JEBAVÝ, L., Kvalita života onkologicky nemocných – definice, konceptem možnosti, hodnocení, *Klinická onkologie*, 2006, , č. 3, s. 164–165.

²⁴⁴ DRAGOMIRECKÁ, E., Nemoc a kvalita života, *Sestra*, 2008, č. 4, s.17.

²⁴⁵ PETR, P., *Hodnocení kvality života v ošetrovatelství, sociální práci a souvisejících oborech*. [online], dostupné na WWW: < http://www.zsf.jcu.cz/struktura/katedry/verzdrav/clenove/petr/studijni_texty/texty_KZ05/4HodnoceniKZ.doc>.

V dotaznících pro hodnocení kvality života jsou obsaženy následující okruhy:

- fyzikální funkce – mobilita, soběstačnost, zrak, sluch, kontinence,
- emocionalita – deprese, lítostivost, pocit strachu apod.,
- sociální funkce – vztahy v rodině, její podpora, vztahy k okolí, náplň volného času,
- práce, domácí práce, nakupování apod.,
- bolest,
- spánek a jeho kvalita,
- symptomy specifické pro dané onemocnění.

Z mnoha zahraničních studií vyplývá, že hodnocení kvality života nemocných je prováděno jak generickými, tak specifickými dotazníky. Z generických dotazníků je nejčastěji užívaným Short Form 36 Health Subject Questionnaire (SF 36), který obsahuje 36 otázek v 8 dimenzích a byl přeložen do mnoha jazyků včetně češtiny a European Quality of Life Questionnaire Version EQ-5D (EuroQol EQ-5D). Oba typy dotazníků jsou často užívaným nástrojem k hodnocení kvality života v různých odvětvích medicíny vzhledem k jejich dobré výpovědní hodnotě.

2.2.12 Vlastnosti dotazníků

Dle Kolářové, Agta a Badii patří mezi důležité vlastnosti dotazníků tyto kvality:

- **Spolehlivost:** Spolehlivý test je ten, který měří „něco“ konzistentně, opakovatelně. Spolehlivost se zvyšuje počtem dotazů.
- **Přesnost:** Přesnost je důležitá z důvodu možnosti najít rozdíly mezi pacienty.
- **Citlivost:** Citlivost představuje schopnost dotazníku detekovat rozdíly v kvalitě života mezi pacienty či skupinami pacientů. Dle Kolářové je tato vlastnost obzvláště důležitá pro klinické studie, kdy se hodnotí kvalita života mezi dvěma randomizovanými skupinami pacientů.
- **Vnímavost:** U vnímavosti se jedná o schopnost dotazníku detekovat rozdíly v kvalitě života u jednoho pacienta při jejím zhoršení či zlepšení.
- **Validita:** Validní dotazník hodnotí to, co se požaduje. Validizace dotazníku je proces, kdy se hodnotí interní a externí validita.

2.2.13 Problémy spojené s hodnocením kvality života nemocných

Dle Kolářové existuje mnoho problémů týkajících se hodnocení kvality života nemocných. Autorka tyto problémy rozděluje do několika skupin: problémy spojené s pacientem, problémy spojené s dotazníky, problémy týkající se doby podávání dotazníku, chybějící data.

Problémy spojené s pacientem

- Pacient by měl dotazník vyplnit samostatně, tzn. že dotazníky musí být jednoduché a výstižné.
- Žádá-li pacient pomoc při vyplnění dotazníku, musí mu být poskytnuta takovou formou, aby neovlivnila jeho rozhodnutí. S přibývajícím věkem se zvyšuje procento pacientů odmítajících vyplnit dotazník. Obdobně je tomu u pacientů s diseminovaným onemocněním a u pacientů s nižším vzděláním.

Problémy spojené s dotazníky

- Velkým problémem se zdají být dlouhodobé studie užívající pouze jeden typ dotazníku. Podle Kolářové takový dotazník nedostatečně odráží vlastní vývoj onemocnění a vliv léčby.
- Další problémy jsou ryze technického rázu, zejména pak vlastní statistické vyhodnocení dotazníku.
- Důležitá je psaná forma dotazníků.

Problémy týkající se doby podávání dotazníků

- V rámci klinických studií jsou dány časové intervaly, kdy se dotazníky budou předkládat. Podle Kolářové tyto intervaly závisí na cíli studie, diagnóze a vlastní léčbě daného onemocnění.
- Při vyplňování dotazníků často asistuje needukovaný střední zdravotnický personál, který může nechtěně ovlivnit vlastní výpověď pacienta.
- Nedostatečně poskytnutá informace pacientovi o účelu dotazníku, což může vést k vágnímu přístupu k hodnocení dotazníku ze strany pacienta.

Chybějící data

- Problémy s počtem možností odpovědí, tj. pacient nemusí najít vhodnou odpověď.
- Problémy s textem, tj. pacient nemusí dostatečně pochopit otázku.

- Neadekvátní či složité otázky zejména u starších pacientů.
- Problémy s překladem dotazníku, tj. není vhodný pro určitou populaci.
- Problémy s pochopením struktury dotazníku.
- Problémy s dotazy týkajícími se určité oblasti, zejména pak intimní dotazy.
- Vyčerpanost pacientů při vyplňování dlouhých dotazníků.²⁴⁶

²⁴⁶ SLOVÁČEK, L., SLOVÁČKOVÁ, B., BLAŽEK, M., JEBAVÝ, L., Kvalita života onkologicky nemocných – definice, koncepce, možnosti, hodnocení, *Klinická onkologie*, 2006, č. 3, s. 165.

2.3 Edukace

2.3.1 Základní pojmy

Výchova je jev společenský a historický, vzniká a je určována zákonitostmi společnosti. Výchova je cílevědomý, záměrný proces, vlastní jen lidské společnosti, ve kterém sledujeme, aby si vychovávaní osvojili nejen určité poznatky, vědomosti a dovednosti, ale aby se u nich postupně rozvíjely určité schopnosti, vlastnosti a návyky. Musí být zaměřena především na rozvoj osobnosti každého jednotlivce. V širším smyslu zahrnuje všechny procesy utvářející osobnost, v užším smyslu se tento pojem doplňuje pojmem vzdělávání.

Jde o celoživotní a celkový rozvoj osobnosti člověka (formování duševních a tělesných vlastností, sil, pracovních dovedností a schopností člověka, jeho světového názoru, morálních vlastností, estetického cítění a citů).²⁴⁷ Probíhá v různých prostředích s různým stupněm a jinou mírou závaznosti organizace. Evropská pedagogická terminologie pro formy nabytí vzdělání užívá pojmy: formální vzdělání (získané ve vzdělávacích institucích ve školské soustavě, tj. školách), neformální vzdělání (získané mimo vzdělávací systém, tj. na pracovištích, v rodině aj.) a informální vzdělání (člověk je získá v zájmové činnosti při činnostech ve volném čase).²⁴⁸ V medicínských oborech je zdravotní výchova většinou zaměřena k primární nebo sekundární prevenci.²⁴⁹

Cílem výchovy je formování vztahu člověka ke společnosti, přírodě a sobě samému. Toto formování se může uskutečňovat cestou funkcionálního nebo intencionálního působení.

Funkcionální působení je takové, které není záměrné a cílevědomé, ale záměrnost a cílevědomost se promítají do lidského konání. Účinnost působení spočívá v tom, že vychází z objektivní reality a je přirozené.

Intencionální působení je naopak záměrné.

Na formování člověka a jeho vztahu ke společnosti, přírodě a sobě samému se zúčastňují obě formy působení na řízení těchto vztahů.²⁵⁰

Vzdělávání je složitý a dlouhodobý proces osvojování si poznatků a činností, nabývání vědomostí a dovedností, formování vědeckého světového názoru a rozvíjení tělesných a duševních schopností.²⁵¹ Zahrnuje dva nezávislé procesy: vyučování a učení. Jeden bez druhého ztrácí svůj význam.

²⁴⁷ ZÁVODNÁ, V., *Pedagogika v ošetrovatel'stve*, s. 27.

²⁴⁸ TOMANOVÁ, D., *Vzdělávání, výchova, edukace, Multikulturní ošetrovatel'ství II.*, s. 167.

²⁴⁹ HOLTÁR, V. a kol., *Výchova a vzdelávanie dospelých – andragogika: terminologický a výkladový slovník*, s. 494.

²⁵⁰ ZÁVODNÁ, V., *Pedagogika v ošetrovatel'stve*, s. 28–29.

²⁵¹ ZÁVODNÁ, V., *Pedagogika v ošetrovatel'stve*, s. 38.

Vzdělávání klienta, jako jedna z forem vzdělávání, je mnohostranný proces, který zahrnuje zlepšení, ochranu a udržení zdraví. Patří sem poučení o snižování rizikových faktorů, o zajištění celkové pohody a poskytování informací o specifické ochraně zdraví. Klienti mají různé potřeby týkající se potřeby získávání vědomostí. Potřeba učení je požadavkem na změnu chování a postojů. Jinak řečeno, jedná se o mezeru mezi informací, kterou daný jedinec má, a informací, kterou potřebuje k tomu, aby dokázal zvládnout určité činnosti nebo aby se postaral sám o sebe.

Vzdělávání klienta je nejdůležitějším aspektem ošetrovatelské praxe a je důležitou samostatnou funkcí ošetrovatelství.²⁵²

Učení je změna schopností (možností) člověka, která má určité časové trvání a kterou člověk nezískává dozráváním (roky). Důležitým aspektem získávání vědomostí je touha jedince po poznání a přímé účasti na osvojování si nových poznatků. Učení si vyžaduje energii a schopnost koncentrace.

Vzdělání je výsledkem vzdělávání. Jde o souhrn poznatků z jednotlivých disciplín a společenské praxe a s nimi spojené intelektuální a praktické dovednosti.²⁵³

2.3.2 Pojem edukace

Slovo edukace se obvykle překládá jako výchova. Má však širší význam. Můžeme jím rozumět výchovu, vzdělávací proces, předávání informací, výuku nových návyků nebo stereotypů.²⁵⁴

Educo, educare je z latiny a znamená vychovávat. V angličtině pak education znamená vzdělání, nebo ve spojení health education zdravotní výchovu.²⁵⁵

Pojem edukace označuje v nejobecnějším významu jakékoliv situace za účasti lidí nebo zvířat, při nichž probíhá nějaký edukační proces, tj. dochází k nějakému učení.²⁵⁶

Edukace je intencionálně řízený proces změn kvality jejich účastníků. Musí akceptovat zákonitosti učení se klienta, jeho osobní předpoklady.

Edukace je komunikační proces, pomocí kterého snižujeme nebo eliminujeme úzkosti a obavy klienta a podporujeme jeho uzdravení. Tento proces je nedílnou součástí plánu péče o každého klienta, mimo těch, kde edukaci brání jejich kritický stav. Zahrnuje nejen klienta, ale i jeho rodinné příslušníky.²⁵⁷

²⁵² KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R., *Ošetrovatelstvo*, s. 278.

²⁵³ ZÁVODNÁ, V., *Pedagogika v ošetrovatel'stve*, s. 28–29.

²⁵⁴ PERUŠIČOVÁ, J. et al., *Trendy soudobé diabetologie, svazek 3.*, s. 39.

²⁵⁵ HOLEŠINSKÁ, P., Edukace diabetiků a programová léčba, *Programová léčba diabetu*, s. 1.

²⁵⁶ KUDLOVÁ, P. Edukační program, *In Ošetrovatelský proces vybraných chorob*. [online], dostupné na WWW: <<http://unifor.upol.cz>>.

²⁵⁷ ŠKRALA, P., ŠKRLOVÁ, M., *Kreativní ošetrovatelský management*, s. 369.

Edukace je nejučinnější, jestliže se přizpůsobí fyzickým, finančním, emocionálním, intelektuálním, kulturním, etnickým a sociálním podmínkám edukanta.²⁵⁸

Edukant je obecné označení kterýkoliv subjektu učení (např. žák, klient).

Edukátor je každá osoba, která se zabývá edukací – vychovává klienty. Může to být lékař, sestra i jiná patřičně vzdělaná osoba. V užším slova smyslu máme na mysli člověka, který je aktivním producentem vyučování s hlavní náplní práce edukací. Po absolvování určitého vzdělání a nabytí zkušeností se edukátor stává základní součástí edukačního týmu, kde edukuje nemocné při využití všech dostupných prostředků a různými formami.

Edukační tým na ošetrovací jednotce obvykle tvoří nevelký počet osob. Základní místo zaujímá lékař, který určuje program edukace, potřebnou intenzitu a rozsah. Vlastní realizace je pak svěřena ostatním členům týmu – edukátorům (obvykle zdravotním sestřám). Úspěšná práce týmu se odvíjí od vzájemné spolupráce, motivace a doplňování v jednotlivých činnostech.²⁵⁹

2.3.3 Vývoj edukace

Jakoukoliv péči si nelze bez kvalitní edukace představit. Původní jednoduchý model představoval soubor příkazů a pravidel, které zdravotník přikázal dodržovat, a jimiž podal strohé informace. V současnosti je sice stále základem správné edukace určité množství znalostí, ale mnohem více se využívá poznatků z psychologie, sociologie, didaktiky apod.

Důležitým mezníkem ve vývoji jsou 70. léta 20. století, kdy bylo zjištěno, že ke zlepšení léčby nedochází pouze zavedením nových léků, ale v důsledku aplikace širšího léčebného přístupu. Do středu pozornosti se kromě nemoci dostal i její nositel – klient. Bylo poprvé dokázáno, že nemoc, popřípadě její nositele, nelze posuzovat pouze z pohledu lékařského, ale je třeba brát v úvahu i rozměr biologický, psychologický a sociální. V té době byla edukace orientována na prosté předávání informací a instrukcí, které měly většinou charakter lékařských znalostí. Tyto informace byly většinou předávány formou autoritativního doporučení.

V 80. letech 20. století se v léčbě začal klást větší důraz na společné řešení problému. Upřednostňovala se forma skupinové diskuse nad přesně definovanými situacemi, předstíranými za pomoci různých edukačních prostředků. Zdravotníci se dostávali do pozice instruktorů s přesně definovanými (i když obecnými) problémy, se kterými se člověk v životě setkává.

Současná doba klade důraz na získání aktivního přístupu nemocného. Cílem je nabytí hlubokých poznatků na základě pochopení problematiky. Nejefektivnější cestou

²⁵⁸ KUDLOVÁ, P. Edukační program, *In Ošetrovatelský procesu vybraných chorob*. [online], dostupné na WWW: <<http://unifor.upol.cz>>.

²⁵⁹ PERUŠIČOVÁ, J. et al., *Trendy soudobé diabetologie, svazek 3.*, s. 45–46.

dosažení takového cíle se jeví individuální zkušenost se zohledněním individuality nemocného a charakteru či stadia jeho nemoci. K dosažení tohoto cíle slouží forma nazývaná jako interaktivní dialog. Základním předpokladem pro jeho vedení je ze strany edukujícího pracovníka aktivní reflexe celkového stavu nemocného, schopnost a ochota se učit, zohlednění všech osobnostních rysů a kulturních souvislostí. Edukátor se klientovi/klientce stává, v tom nejlepším slova smyslu, interaktivním učitelem, průvodcem, vychovatelem a spolupracovníkem.

V nejbližší budoucnosti lze tedy očekávat precizaci stávajícího náhledu, vycizelování stávající teorie edukace do téměř dokonalé podoby, spíše než celkový posun, ke kterému došlo v posledních několika desetiletích.²⁶⁰

2.3.4 Úloha ošetrovatelství v edukaci

Ošetrovatelství se zaměřuje především na zdraví. Jeho úloha je stupňovitě rozdělena podle potřeb, které se v ochraně zdraví vyskytují.

Podpůrné působení se uplatňuje tehdy, když úroveň zdravotního povědomí a zodpovědnosti za vlastní zdraví je pouze částečná a potřebuje korekci a doplnění, tj. když klient neví, jak se o své zdraví starat, má mylné a nedostatečné znalosti, případně mu v péči o vlastní zdraví chybí základní zručnost.

Sestry do určité míry vždy poskytovaly svým klientům „nějaké informace“. Jejich množství a kvalita byly přímo úměrně závislé na množství času, zkušenostech, pracovním nadšením, kterými sestra disponovala. Na to, aby se sestra přesvědčila, zda klient „všemu“ porozuměl, nebo zda si vůbec něco zapamatoval, již nezbyval čas.

Je třeba si uvědomit, že mnoho klientů, zvláště v průběhu hospitalizace, není schopno vnímat podrobné informace, které se týkají jejich choroby, kondice, léčby nebo preventivních opatření. Sestra musí předat informaci nejen o tom, co by měl klient dělat po propuštění, ale také proč; sestra musí umět vyhodnotit bariéry ovlivňující pochopení instrukcí a mnoho dalšího.

Z výše zmíněného plyne: „výuka klientů u nás je ve většině zařízení nadstandardem. Není prováděna důsledně a systematicky a její efektivita není vyhodnocována“.²⁶¹

Edukace v ošetrovatelství zastává úlohu:

- **Primární:** je realizována ve zdravotnických zařízeních, v komunitě anebo doma. Souvisí s primární prevencí. Ošetrovatelství je zaměřené především na klienta, jeho rodinu, komunitu. Sestra zastává roli učitele, poradce, obhájce, manažera zdraví. Jejím cílem je dosáhnout u klientů co nejvyššího zájmu a odpovědnosti za své zdraví. Edukace zahrnuje otázky duševní hygieny,

²⁶⁰ PERUŠIČOVÁ, J. et al., *Trendy soudobé diabetologie, svazek 3.*, s. 40–41.

²⁶¹ VOHRADNÍKOVÁ, O. Prevence onemocnění dolních končetin při diabetu, *Sestra, příloha: tématický sešit – diabetologie*, 1999, č. 41, s. 4–5.

zvládání stresu, zdravý způsob života jednotlivce, skupin a společnosti – zdravé stravování, pohybový režim a prevence závislostí. Cílem edukačních programů v primární oblasti je aktivní zapojení klienta do preventivního anebo léčebného procesu, tj. zachování a upevňování zdraví, formování zdraví a zdraví prospěšného chování.

- **Sekundární:** zahrnuje preventivní, diagnostickou, léčebnou a dispenzarizační péči. Edukační působení sestry je zaměřené na akutně a chronicky nemocné. Cílem je zabránit vzniku komplikací a přechodu choroby do chronického stádia. Navazuje plynule na primární edukaci zdravých jedinců a při onemocnění doplňuje a zpřesňuje vědomosti klienta tak, aby do nich včlenila požadavky na ochranu zdraví při jeho konkrétním narušení. Je to výchova a vzdělávání klientů o jejich zdravotním stavu a o náležitém chování při poruše zdraví.
- **Terciální:** provází terciální prevenci, která se zaměřuje na chronicky nemocné a dispenzarizované jedince. Zabývá se výchovou klienta a jeho rodinných příslušníků. Soustřeďuje se na to, jak využít zbytkový potenciál pro zdravý život, jak se vyhnout utrpení, komplikacím a omezením. Zahrnuje ošetrovatelskou, rehabilitační, hygienickou a psychologickou péči. Jejím cílem je předcházet dlouhodobé nesoběstačnosti a maximálně pomáhat rehabilitaci klienta. Jde o účinný prostředek prevence zhoršování zdravotního stavu, komplikací, který snižuje počet hospitalizací. Edukační vliv sestry je zaměřený na otázku správné životosprávy, podporu nezávislosti, dobré mezilidské vztahy, objasnění onemocnění apod.²⁶²

Cíle ošetrovatelského personálu při edukaci musí zahrnovat následující:

- podpořit klienta a pomoci mu při zvládání jeho strachu a pocitu úzkosti,
- předat potřebné informace,
- pomoci klientovi pochopit jeho vlastní úlohu v péči o svoji osobu a jeho zodpovědnosti o své zdraví,
- pomoci klientovi pochopit podstatu jeho nemoci a její příčiny.²⁶³

2.3.5 Edukační program

Smyslem edukačního programu v léčebném procesu není jen vzdělávat a předávat informace, ale především pomáhat. Edukátor musí akceptovat klienta jako integrovanou lidskou bytost – nedělitelný celek s aspekty zdravotními, psychologickými a sociálními. Je nutné, aby byl bez předsudků a respektoval osobnost

²⁶² ZÁVODNÁ, V., *Pedagogika v ošetrovatel'stve*, s. 34–35; 61–63.

²⁶³ ŠKRLA, P., ŠKROVÁ, M., *Kreativní ošetrovatelský management*, s. 368–369.

jedince. Pomocí edukace lze „získat“ aktivního klienta schopného vyrovnat se lépe se změnami a nastalými situacemi v průběhu léčby.²⁶⁴

Pro zvýšení jeho efektivity je třeba předem naplánovat jeho cíle, náplň a formu, zajistit organizační stránku včetně dokumentace a hodnocení programu. S konkrétně stanovenými cíli je třeba seznámit všechny členy edukačního týmu.²⁶⁵

2.3.6 Organizace edukace

Edukaci zajišťuje edukační tým (viz níže). Důležitá je motivace a spolupráce členů týmu. Značná je role edukační sestry. Edukační sestrou je ta, která vystudovala specializaci v oboru ve kterém provádí edukaci. Její náplň práce se liší od běžně pojímané práce sester. Dobrá edukační sestra by měla být samostatná, což předpokládá dobré znalosti z oboru a sebekritičnost sestry. V současné době je obvyklé, že edukace naplňuje pouze část úvazku edukační sestry.

Náplní práce edukační sestry je: vytvořit osnovu, podle které probíhá edukace klientů; edukace zdravotníků nebo jiných specialistů, kteří přicházejí do styku s klienty; edukace klientů a jejich příbuzných, včetně telefonických konzultací; poradní diagnostická a terapeutická funkce; koordinace péče mezi nemocnicemi, ambulancemi a praktickými lékaři; korigování chyb v edukačním procesu a další vzdělávání.

Známa edukační zásada říká, že jestliže něco klientům radíme, neznamena to automaticky, že všichni poslouchají a že tomu rozumějí, ale ani pokud radám rozumějí, není samozřejmé, že je budou ve svém životě dlouhodobě aplikovat.

Správná edukace vyžaduje nové znalosti a dovednosti od edukátora. Dobrý edukátor by měl mít znalosti jak z oblasti somatické medicíny, tak z oblasti psychosociální a pedagogické.^{266, 267}

2.3.7 Základní premisy edukace

- Každý klient v každém zařízení a v každém typu péče má právo na edukaci,
- je důležité edukovat nejen klienta, ale i jeho blízké proto, aby zabránili zbytečným zdravotním komplikacím, popř. konfliktům,
- edukace klienta se musí soustředit kromě fyzikální stránky nemoci také na psychickou, sociální a duchovní stránku,
- v rámci výuky edukátor plní nejen kroky edukačního procesu, ale také reaguje na další potřeby klienta a jeho rodiny, snaží se zredukovat pocity úzkosti, nejistoty, snaží se pomoci klientovi pochopit jeho vlastní roli v péči o svoji

²⁶⁴ PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*, s. 61–72.

²⁶⁵ BARTOŠ, V., PELIKÁNOVÁ, T., *Praktická diabetologie*, s. 176.

²⁶⁶ BARTOŠ, V., PELIKÁNOVÁ, T., *Praktická diabetologie*, s. 179–180.

²⁶⁷ JIRKOVSKÁ, A. a kol, *Jak (si) kontrolovat a léčit diabetes?*, s. 18.

osobu a jeho zodpovědnost za své zdraví. Vzhledem k těmto úkolům se u edukátora předpokládá, že bude mít potřebné znalosti, dostatek empatie a ochoty pomoci, respekt k osobnosti klienta, konzultační dovednosti, popř. jazykové znalosti, komunikační schopnosti atd.,

- u klienta (edukanta) i poskytovatele péče (edukátora) by měly být ještě před zahájením procesu edukace eliminovány bariéry edukace, které by mohly narušit nebo dokonce znemožnit proces edukace,
- edukace je tím efektivnější, čím více na ní participuje samotný edukant.²⁶⁸

2.3.8 Zásady správné edukace klientů

Edukace se zaměřuje na problém a na klienta. Pokud klient nepovažuje svoji nemoc za problém, potom ho můžeme těžko něco učit. Důležité je klienta nenutit. Jakmile je klient ochoten a schopen se učit, začne klást otázky sám.²⁶⁹

Edukace musí být individualizovaná a navázána na zásady J. A. Komenského: individuálního přístupu, kontroly úrovně znalostí, dodržování doporučení, konkrétních cílů léčby, srozumitelnosti, jednoduchosti, názornosti, plánovitosti a jasného programu s (jasně určeným) cílem.²⁷⁰

Nejdůležitější složky edukace jsou:

- **Motivace** - je souhrnné označení pro působení všech hybných sil lidského jednání, které vyvolávají aktivitu a zaměřují ji směrem k nějakému cíli. Tyto hybné síly jsou u různých jedinců různé. Má složku vnitřní a vnější, podle emotivního prožitku ji lze pak dělit na kladnou a zápornou. Univerzální recept na to, jak někoho motivovat, neexistuje. Ideálně lze říci, že při přiměřené motivaci jde učení samo. Při správně prováděné edukaci se edukátor snaží probudit a podpořit vnitřní motivaci klienta.
- **Compliance** - jedná se o mnohovýznamové slovo, do češtiny jej můžeme převést jako spolupráce, ztotožnění, pozitivní vztah, disciplinovanost, uvědomělá spolupráce. Je ovlivněna celou řadou skutečností závislých na základní chorobě. Taktéž je determinována vztahem, který dovede lékaře nebo ostatní ošetřující personál navázat s nemocným. Vyjadřuje míru shody mezi radou lékaře a chováním klienta. Dříve platilo, že je-li klient nedisciplinovaný, je to jeho věc. V současné době se postoje mnoha lékařů mění – v popředí je vzájemná dohoda.
- **Srozumitelnost, jazyk edukace** - má být jednoduchý, srozumitelný, přiměřený vzdělání a intelektu nemocného, střídavě využívající emotivních výrazových prostředků.

²⁶⁸ KUDLOVÁ, P., Specifika edukační činnosti sestry u pacientů odlišné kultury, *Multikulturální ošetřovatelství II.*, s. 117.

²⁶⁹ ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M., *Kreativní ošetřovatelský management*, s. 372.

²⁷⁰ PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*, s. 68–69.

- **Systém** – od nejdůležitějšího k podružnému, od základního k podrobnému, od jednoduchého ke složitějšímu. Vzájemné provázání témat, zdůraznění praktického dopadu a souvislostí témat. Postupujeme podle stanoveného avšak průběžně aktualizovaného plánu.
- **Jednoduchost, názornost** – využití modelových situací, aktivní řešení problémů klientem, snaha o dosažení maximálního efektu edukace pomocí vlastních zkušeností nemocného a získaných informací.
- **Individualizace cílů, plánů, přístupu, rozsahu, intenzity a použitých prostředků.**
- **Opakování a kontrola** – důležité pro dosažení uspokojivého a dlouhodobě příznivého výsledku edukace.
- **Konkrétní cíle léčby** – je důležité stanovit cíle snadněji dosažitelné, mírnější, nižší, u nichž je vysoce pravděpodobné, že se jich nemocnému podaří dosáhnout.
- **Konkrétní dovednosti** – nacvičování situací, praktický zácvik, aktivní účast nemocného. Obecně mají zdravotníci tendenci poskytovat více informací o nemoci, ale málo skutečných dovedností nezbytných k jejímu zvládnutí.
- **Plánovitost, jasný program s cílem.**²⁷¹

2.3.9 Nejčastější chyby a omyly při edukaci

- Edukace není součástí terapie, tj. při stanovení léčebného plánu se opomíjí,
- nedostatek času, pozornost zejména při stanovení cílů, náplní, organizačním zajištění edukace, vyhodnocení a dokumentace,
- nedostatek specializovaného personálu pro edukaci klientů,
- edukace se odděluje od terapie, tj. klienti jsou poučováni bez znalostí jejich osobních problémů,
- je spíše monologem lékaře/sestry než dialogem,
- nedostatečná motivace, aktivace klienta při edukaci,
- chybí ověření porozumění a aplikace toho, co se klient během edukace naučil,
- edukace není chápána jako dlouhodobý proces, tj. není dostatečně opakována v rámci reedukace,
- edukace není názorná a praktická,

²⁷¹ PERUŠIČOVÁ, J. et al., *Trendy soudobé diabetologie, svazek 3.*, s. 51–52.

- klient není chápán jako partner, který má právo na větší samostatnost i zodpovědnost,
- nerespektování individuality nemocného,
- špatné, neadekvátní či příliš extenzivní využití audiovizuální techniky,
- jazyk je zatížen odbornými výrazy,
- chybí spolupráce mezi členy edukačního týmu.²⁷²

2.3.10 Faktory ovlivňující edukaci

Existuje řada faktorů, které ovlivňují edukaci klientů. Klienti jsou různorodí a liší se v mnoha aspektech: pohlaví, věk, vzdělání, motivace, zaměstnání, kultura, hodnotový systém a ohnisko kontroly, koncept sebedůvěry, soběstačnost. Každý z těchto faktorů je důležitý, protože ovlivňuje ochotu klienta naslouchat, schopnost vnímat a uplatnit předávané informace.²⁷³

2.3.11 Druhy edukace

Edukace může být strukturovaná různě:

- podle časového rozdělení: jednorázová, opakovaná, kurzy,
- podle úrovně znalostí klientů: úvodní, hloubková, pokračovací,
- podle množství klientů: individuální, skupinová,
- podle obsahu: obecná, cílená,
- podle terapie,
- podle typu péče: ambulantní, při hospitalizaci, návštěvy v rodinách, telefonicky, lázeňská péče a rekondiční pobyty.²⁷⁴

2.3.12 Cíle edukace

Edukačním cílem rozumíme předpokládanou, očekávanou změnu osobnosti klienta, které by mohlo být dosaženo výukou. Tato změna se netýká pouze osvojení si nových vědomostí, dovedností a návyků, ale i rozvoje celé osobnosti klienta, jeho názorů, postojů a jiných projevů chování. Musíme si uvědomit, čeho chceme dosáhnout.

²⁷² BARTOŠ, V., PELIKÁNOVÁ, T., *Praktická diabetologie*, s. 181–182.

²⁷³ ŠKRLA, P., ŠKROVÁ, M., *Kreativní ošetrovatelský management*, s. 373–374.

²⁷⁴ PERUŠIČOVÁ, J. et al., *Trendy soudobé diabetologie, svazek 3.*, s. 69–70.

Hlavním cílem edukace je „vychovat“ spolupracujícího klienta, který je vnímavý k průběhu a postupům léčby.

Konečným cílem edukace je změna chování. I v našem vlastním životě jsme si dobře vědomi toho, že neděláme to, co víme, že bychom dělat měli. Je to tzv. „behaviour gap“ – nedostatek, mezera v chování. Znalosti mohou být klíčovým faktorem, ale přenos samotných informací nestačí. Klienta je nutné povzbuzovat k tomu, aby své znalosti používal v průběhu léčby i po jejím ukončení.

Vzdělávací cíle je třeba formulovat ve formě očekávaného výkonu účastníků nebo klientů tak, aby bylo možné zpětně zjišťovat, jestli bylo těchto cílů dosaženo. Pomůckou při vymezení a konkretizaci edukačních cílů jsou jejich taxonomie.

Taxonomií rozumíme hierarchicky uspořádaný systém edukačních cílů. Rozlišujeme taxonomie cílů v oblasti kognitivní (rozumové schopnosti; např. Bloomova), psychomotorické (pohybové, pracovní dovednosti) a afektivní (názory, postoje).^{275,276}

2.3.13 Formy edukace

Edukace se může realizovat v různých formách. Jde o uspořádání vnějších stránek a podmínek edukace tak, aby mohly být stanoveny specifické výukové cíle a mohly být optimálně realizovány.

Z hlediska vnějších organizačních stránek lze rozlišit kurzy, semináře, lekce, přednášky, cvičení apod. Pro edukátora má větší význam rozlišení tzv. vnitřních forem edukace.

Rozeznáváme:

- **individuální výuku** – je řízena jedním edukátorem, edukanti pracují individuálně, „nespolupracují“. Výhodou je možnost navození úzké spolupráce mezi zdravotníkem a nemocným. Nevýhodou představuje značná časová i ekonomická náročnost.
- **skupinovou výuku** – kde je skupina edukantů rozdělena na více menších skupin. Edukátor musí mít schopnost řídit diskusi, umět vyrovnávat individuální rozdíly u jednotlivých členů skupiny a podporovat aktivitu všech zúčastněných. Nevýhodou je nemožnost přísně individualizovaného přístupu.²⁷⁷
- **hromadnou výuku (frontální)** – edukátor pracuje s vymezenou skupinou edukantů plánovitě a soustavně. Výuka je založena na vzájemném osobním kontaktu, při kterém na sebe působí edukátor a edukanti. Stálost edukačního

²⁷⁵ BASTL, P., ŠVEC, V., *Zdravotník lektorem*, 5–9.

²⁷⁶ PERUŠÍČOVÁ, J. et al., *Trendy soudobé diabetologie, svazek 3.*, s. 40.

²⁷⁷ Tamtéž, s. 48.

vedení umožňuje, že edukátor poznává edukanty, úroveň jejich vývoje i jejich specifické zvláštnosti.

- **individualizovanou výuku** – princip individualizace spočívá v tom, že práce je přizpůsobena každému edukantovi na základě poznání jeho možností. Neznamená, že všichni zpracovávají individuálně tutéž úlohu. Jejím smyslem je vytváření takových situací, které každému žákovi umožní nalézt optimální možnosti pro vlastní učení a vzdělávání. Od každého žáka se žádá zvláštního úsilí, jehož je schopen a jež je mu přiměřené.²⁷⁸

2.3.14 Fáze edukace

Protože by měla být edukace dlouhodobá, prakticky celoživotní a kontinuální u každého nemocného, rozlišujeme jednotlivé fáze v edukačním procesu:²⁷⁹

- **Základní (úvodní, vstupní, počáteční) edukace** - provádí ji každý ošetřující lékař, případně ve spolupráci se specialistou, při zjištění onemocnění nebo tehdy, nebyl-li klient ještě edukován. Smyslem je pomoci nemocnému vyrovnat se s chorobou a poskytnout minimum nutných znalostí a dovedností. Nemocnému je nutno vysvětlit cíle léčby, jaké jsou příznaky komplikací a jak na ně reagovat. Základní edukace bývá většinou individuální.
- **Komplexní (hloubková, individuálně specifikovaná a specializovaná) edukace** - realizuje ji nejlépe edukační tým pod vedením specialisty formou edukačního kurzu pro menší skupiny, do 6 až 10 osob. Rozšiřuje náplň počáteční edukace zejména o témata prevence pozdních komplikací. Program je založen především na praktických cvičeních - modelových situacích. Zvláštní pozornost je třeba věnovat starším věkovým kategoriím a těm, kteří nespolupracují – ať už z nedostatku motivace nebo proto, že význam edukace dostatečně nechápou.
- **Reedukace (pokračovací cílená, dlouhodobá) edukace** - edukace je celoživotní proces. Příznivý efekt se projeví jen tehdy, je-li opakovaná. Reedukaci provádí edukační tým nejlépe individuální formou a cíleně. Je vhodné ji realizovat vždy podle potřeby.^{280, 281}

2.3.15 Dokumentace edukace

Úsloví „co je psáno, to je dáno“, platí i v případě záznamu o edukaci. Dokumentace je základem edukačního procesu, protože poskytuje správný záznam o plánovaném a vykonaném poučení klienta i o jejich výstupech. Záznam výstupu by měl obsahovat, čeho klient dosáhl. Může zaznamenávat i reakce klienta na edukaci.

²⁷⁸ SKALKOVÁ, J., *Obecná didaktika: vyučovací proces, učivo a jeho výběr, metody, organizační formy vyučování*, s. 229–231.

²⁷⁹ PERUŠIČOVÁ, J. et al., *Trendy soudobé diabetologie, svazek 3.*, s. 48–49.

²⁸⁰ BARTOŠ, V., PELIKÁNOVÁ, T., *Praktická diabetologie*, s. 176–178.

²⁸¹ JIRKOVSKÁ, A. a kol., *Jak (si) kontrolovat a léčit diabetes?*, s. 14–18.

Dále musí obsahovat učební plán, ošetrovatelský plán a plánované návštěvy členů multidisciplinárního týmu. Do záznamu se zapíše také osoba, která klienta edukovala. Edukovaný by měl stvrdit svým podpisem s čím byl obeznámen.²⁸²

Dokumentace musí být přesná, soustavná a srozumitelná, abychom podpořili a docílili dostatečné kontinuity vzdělávání. Informuje ostatní členy zdravotního týmu o tom, k čemu již došlo, a tím udává, co ještě má být vykonáno. Slouží jako ochrana před trestným stíháním. Zaručuje, že nedochází k duplicitě.²⁸³

Provedení záznamu o edukaci je důležité hned z několika důvodů:

- dovoluje zdravotnickým pracovníkům zjistit, co už klient (i jeho rodina, příbuzní) zná,
- je zaznamenán průběh, vývoj, komplikace samotné edukace,
- vede k aktivizaci klienta (jeho rodinných příslušníků, pečovatelů), k přebírání zodpovědnosti za řešení zdravotního stavu,
- přesná dokumentace také chrání členy ošetrovatelského týmu,
- slouží k autoelevaci pracoviště v oblasti edukace, k výzkumu, k formulaci standardů pracoviště apod.²⁸⁴

2.3.16 Odmítnutí edukace

Pokud klient odmítne edukaci, je nutné, aby byl o tomto proveden záznam. Zaznamenáme i důvod odmítnutí, pokud ho klient uvede. Jestliže předáme informaci někomu z rodiny, provedeme zápis komu a jaké informace jsme sdělili. Informaci o odmítnutí edukace sdělíme lékaři a zaznamenáme jeho jméno.²⁸⁵

2.3.17 Právní normy edukace klientů v ČR

V současné době se u nás postupně proměňuje řada paradigmat zdravotnické péče.

Kromě jiného se např. klade důraz na dodržování práv klientů, k nimž neodmyslitelně náleží možnosti svobodného rozhodování, a to zejména v oblasti poskytování zdravotní péče, která je zpravidla provázena zásahem do integrity osobnosti. Je potřeba zdůraznit, že svobodné rozhodování není a nemůže být absolutní. Aby jedinec, kterého se rozhodování týká, mohl sám a svědomitě určit další postup léčby či péče, měl by být náležitě informován a edukován o svém zdravotním stavu.

²⁸² KUDLOVÁ, P., Specifika edukační činnosti sestry u pacientů odlišné kultury, *Multikulturální ošetrovatelství II.*, s. 1278–128.

²⁸³ ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M., *Kreativní ošetrovatelský management*, s. 382.

²⁸⁴ KUDLOVÁ, P., Specifika edukační činnosti sestry u pacientů odlišné kultury, *Multikulturální ošetrovatelství II.*, s. 1278–128.

²⁸⁵ *Edukace text pro výuku studentů Masarykovi univerzity v Brně.* [online], dostupné na WWW: <<http://www.muni.cz>>.

Klient má nejen právo, ale zpravidla i skutečnou potřebu vědět, jak pečovat o své zdraví a jak, pokud je to možné, odstranit příčiny, které způsobily jeho chorobu.

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění, stanovuje, že vyšetřovací a léčebné výkony se provádějí se souhlasem nemocného nebo lze-li tento souhlas předpokládat. Souhlas s diagnostickým či léčebným výkonem dává klient tím, že se po poučení podrobí výkonu bez jakýchkoliv známek nesouhlasu. Nejčastěji jde o verbální souhlas. U závažnějších výkonů nebo u výkonů nesoucích větší riziko dává klient souhlas písemný (v současné době většinou zvaný „informovaný souhlas“).²⁸⁶

Etický kodex České lékařské komory ukládá lékařům povinnost odpovědně informovat srozumitelným způsobem nemocného.

Přesný text Etického kodexu České lékařské komory uvádí: *„Lékař je povinen pro nemocného srozumitelným způsobem, odpovědně informovat jeho nebo zákonného zástupce o charakteru onemocnění, zamýšlených diagnostických a léčebných postupech včetně rizik, o uvažované prognóze a o dalších důležitých okolnostech, které během léčení mohou nastat. Zadržení informací o nepříznivé diagnóze nebo prognóze je možné individuálně v zájmu nemocného dle úvahy a svědomí lékaře. V těchto případech by měl lékař, pokud nemocný neurčí jinak, informovat rodinné příslušníky pacienta nebo osoby jemu blízké. Lékař nesmí zneužívat ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoliv způsobem.“*²⁸⁷

Práva pacientů mimo jiné stanoví, že pacient má právo se rozhodnout, zda souhlasí s navrhovaným diagnostickým a terapeutickým postupem a také o odmítnutí léčby. V případě odmítnutí potřebné péče, vyžádá si ošetřující lékař od pacienta písemné a jím podepsané potvrzení o této skutečnosti (revers).

Přesné znění Práv pacientů stanoví: *„Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů, nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, která se na nich účastní. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.“*²⁸⁸

Z kodexu práv pacienta vyplývá, že lékař musí podle zákona klienta poučit a edukovat. Zákon však již bohužel nestanovuje konkrétní obsah ani formu poučení. Poučení klienta mu musí být srozumitelné. Neměla by tedy být používána odborná ani latinská terminologie nebo slangová označení. Poučení má být realizováno v jazyce, kterému klient rozumí.

²⁸⁶ KUDLOVÁ, P., Specifika edukační činnosti sestry u pacientů odlišné kultury, *Multikulturní ošetřovatelství II.*, s. 118–119.

²⁸⁷ KUTNOHORSKÁ, J., *Etika v ošetřovatelství*, s. 53.

²⁸⁸ KUTNOHORSKÁ, J., *Etika v ošetřovatelství*, s. 139–140.

Poučení se má dít prokazatelným způsobem a má být proveden záznam do zdravotnické dokumentace.

Deklarace o podpoře práv pacientů v Evropě (Amsterodamská deklarace) z roku 1994 požaduje, aby pacienti byli dostatečně informováni o svém zdravotním stavu, jakož i o navrhované léčbě, možných rizicích a výhodách každého postupu, o alternativách k navrhovaným postupům včetně důsledků neléčení a dále o diagnóze, prognóze a pokroku v léčení. Pacient má být informován i o zdravotních službách. Má rovněž právo nebyť informován, pokud o to výslovně požádá.

Zákon jasně určuje, že poučení podává lékař. Zdravotní sestry, rehabilitační pracovníci a laboranti jsou oprávněni podávat poučení pouze v rámci svých profesních kompetencí a činností. Zdravotní sestra tak poučuje (edukuje) klienta o ošetrovatelských problémech, které identifikovala a řeší, o ošetrovatelských výkonech (např. o průběhu zavádění žaludeční sondy, o očekávané spolupráci klienta, o průběhu odběru krve či o podávání i.m. injekce). Sestry v naší zemi nejsou ze zákona oprávněny informovat klienta o stanovené diagnóze, prognóze a postupu léčby (mohou ale následně s těmito informacemi pracovat). Sestry by měly proto vědět, o čem byl klient informován lékařem.

2.3.18 Edukační proces

Edukační proces je vytvářen záměrně, aby se někdo něco konkrétně naučil. Jde o dynamický vztah mezi edukátorem a edukantem. Každý z účastníků zprostředkovává své informace, pocity, vjemy a postoje tomu druhému. Jde o činnost lidí, při níž se nějaký subjekt učí obvykle za působení jiného subjektu, který vyučuje nebo instruuje.²⁸⁹

Při projektování edukačního procesu si musíme zodpovědět řadu otázek, nelze ani jednu z nich nezodpovědět nebo se jí vyhnout (podle Walterové, 1994).

VZDĚLÁVAT	PROČ	vize, smysl, očekávání, potřeby, hodnoty, perspektivy společenské, skupinové a individuální	funkce a cíle
	KOHO	zvláštnosti sociální, věkové, generační, etnické, sexuální, typologické	charakteristika učících se
	CO	poznání (vědecké, umělecké), praktické zkušenosti z běžného života, zkušenosti z pracovních činností	obsah
	KDY	ve kterém věku, v jaké posloupnosti, časovém rozsahu, v kterém ročníku, v jakých časových jednotkách	čas

²⁸⁹ KUDLOVÁ, P., Specifika edukační činnosti sestry u pacientů odlišné kultury, *Multikulturní ošetrovatelství II.*, s. 119–120.

	JAK	strategie učení, učební situace, způsoby interakce a komunikace, organizace života ve škole a třídě, mimotřídní činnosti,...	metody a postupy
	ZA JAKÝCH PODMÍNEK	legislativní rámec, řízení, financování, vybavení, klima, učební prostředí, spolupráce školy a komunity, podpůrné struktury a materiály	organizace, materiál
	S JAKÝM EFEKTEM	funkce a kritéria hodnocení, metody a nástroje hodnocení, způsoby sdělování výsledků hodnocení...	kontrola a hodnocení

Tabulka 3 – Prvky konstruování kurikula

(Bastl, P., Švec, V., *Zdravotník lektorem*, 1997, s. 16)

Má-li edukace splnit své poslání, musí být její cíle formulovány jasně a jednoznačně.

Stanovení cílů může být zaměřeno na rozvoj různých složek kvalifikace účastníků, např.:

- **na vědomosti** – jejich získávání, doplňování, prohlubování včetně výměny zkušeností, při zdůraznění především vzdělávacího aspektu kurzu,
- **na dovednosti** – jejich osvojování a rozvíjení, aby účastník uměl v praxi použít to, čemu se naučil, což může vést až k vypěstování pracovních návyků,
- **na postoje účastníka** – na ovlivňování, vytváření a formování jeho přístupů, hodnotových kritérií, názorů a přesvědčení, při zdůraznění především výchovného aspektu kurzu.²⁹⁰

Edukační proces versus proces ošetřovatelský.

Oba se člení na pět fází. Zde uvádím jejich porovnání.

Etapa	Edukační proces (Kozierová, Erbová, Olivierová, 1995)	Ošetřovatelský proces Kozierová, Erbová, Olivierová, 1995)	Ošetřovatelský proces (Elkin, Perry, Potter, 2004)
1.	sběr údajů, analýza klientových schopností učít se a jeho nedostatků	sběr údajů, analýza klientových schopností a nedostatků	= posouzení
2.	stanovení vzdělanostní anamnézy (edukační diagnózy)	stanovení sesterské diagnózy	= stanovení sesterské diagnózy
3.	příprava edukačního	plánování zásahů a intervencí	= plánování

²⁹⁰ BASTL, P., ŠVEC, V., *Zdravotník lektorem*, 16–17.

	plánu	sestry	
4.	realizace edukačního plánu	realizace naplánovaných strategií	= realizace
5.	kontrola a vyhodnocení vědomostí klienta a efektivnosti edukačního plánu	kontrola a vyhodnocení efektivnosti snažení sestry u klienta	= vyhodnocení

Tabulka 4 – Porovnání edukačního a ošetrovatelského procesu

(Špirudová, L., Tomanová, D., Kudlová, P., Halmo, R., *Multikulturní ošetrovateľství II.*, 2006, s. 120)

2.3.18.1 Fáze: posouzení

Posouzení se před počátkem edukace zaměřuje na dvě skutečnosti:

- **zjištění potřeby klienta získat vědomosti** – určit oblasti (edukační témata), ve kterých klient potřebuje získat, doplnit či aktualizovat vědomosti, případně reedukovat je. Identifikujeme je rozhovorem s klientem. Je důležité navázat na předchozí získané vědomosti. Při stanovení potřeby učení vycházíme:
 - o Z potřeby klienta učit se. Klient, který si je vědom potřeby se něco naučit, aktivně vyhledává informace, klade dotazy aj.
 - o Z klientova chování. Klient, který je rozhněvaný, může být jen nejistý nebo vystrašený, neví, co se s ním děje. Hněv může být výsledkem strachu, frustrace nebo pocitu ztráty kontroly nad sebou, svým životem. Až po rozhovoru sestra zjistí, že potřebuje informace.
 - o Ze znalosti zdravotnických pracovníků. Zdravotníci dokáží posoudit, které informace bude klient potřebovat, kterým dovednostem se musí naučit.
- **zjištění důležitých údajů o klientovi** (mezi nejdůležitější patří):
 - o Pohotovost a ochota učit se – aktivní vyhledávání informací (knihy, internet, kladení otázek, aj.).
 - o Motivace – spojuje se s touhou po poznání. Sestra může ovlivnit motivaci klienta třemi způsoby a to tak, že učení dá do vztahu s něčím, čeho si klient váží a přesvědčí ho o jeho důležitosti; zpříjemní klientovi prostředí a situaci, ve kterém se něco učí; podporuje klienta v samostatnosti.
 - o Společensko-ekonomické faktory – existují kulturní rozdíly v názorech na stravování, zdraví, nemoc a životní styl. Je důležité vědět, zda věci, které klienta učíme nejsou v rozporu s jeho vírou. Svou roli zde hraje také ekonomické hledisko (nedostatek financí pro nákup potřebných prostředků).

- Styl učení – sestra by měla zjistit, která metoda učení klientovi individuálně vyhovuje. Nejvíce se naučí, když zapojí do výuky všechny smysly a když se látka zopakuje.
- Věk – starší lidé mají ovlivněnou schopnost vnímání, psychomotorické funkce a intelekt. Proto je důležité přizpůsobit se a poskytnout informace dle věku, vývoje člověka, situace, apod.
- Vzdělání – přímo ovlivňuje současné vědomosti i efektivnost zvolené vyučovací metody.
- Názory na zdraví – při zvažování edukačního plánu je důležité vzít do úvahy názory klienta na zdraví a praktické uplatnění v praxi.

Dnes již není klient pouze pasivním příjemcem péče a často aktivně vyhledává pro něj důležité informace. Klient bývá ze zdravotnického zařízení propuštěn po čím dál kratší době, a to na něj klade stále vyšší nároky na zvládnání sebepečce, adaptování se na léčebný proces apod. Sestra musí mít schopnost vyhodnotit možné edukační bariéry, které by mohly ovlivnit pochopení instrukcí klientem a také jeho schopnost řídit se radami, které jsou mu předávány. Sestra musí předat nejen informaci o tom, co by měl klient během hospitalizace/po propuštění dělat, ale také proč.²⁹¹

Překážka	Vysvětlení	Závěr pro další činnost
akutní onemocnění	veškeré síly klienta jsou soustředěny na boj s chorobou	odložení edukace do doby, než se zlepší zdravotní stav
bolest	snižuje schopnost koncentrace	před začátkem edukace odstranit nebo zmírnit bolest
věk	zrak, sluch a motorika mohou být u starších klientů narušené	při edukaci přihlížet a brát v potaz klientův handicap
prognóza	klient je soustředěn na svou chorobu a není schopen se soustředit na příjem nových informací	odložení edukace na vhodnější dobu
biorytmus	mentální a tělesné schopnosti se řídí biologickými hodinami	změna času edukace dle přání klienta
city	emoce (strach, úzkost, deprese, radost) spotřebovávají energii a odvádějí od učení	zjistit důvody, které je vyvolaly, odstranit případná nedorozumění

²⁹¹ KUDLOVÁ, P., Specifika edukační činnosti sestry u pacientů odlišné kultury, *Multikulturní ošetřovatelství II.*, s. 120–122.

jazykové a etnické bariéry	klient nemusí ovládat jazyk, kterým hovoří edukátor	zajištění někoho, kdo jazyk ovládá (překladatel, příbuzní)
iatrogenní překážky	edukátor sám může vytvářet překážky svým chováním a postojem (např. spěch, ignorace klientových poznámek)	vytvoření dobrého vztahu a prostředí, ve kterém se edukátor i edukant budou cítit dobře

Tabulka 5 – Překážky edukace

(Špirudová, L., Tomanová, D., Kudlová, P., Halmo, R., *Multikulturní ošetřovatelství II.*, 2006, s. 123)

2.3.18.2 Fáze: diagnostika

Veškeré diagnózy, které sestra stanovuje ve vztahu k potřebám učení je nutno předem zvážit a správně identifikovat. Pro stanovení diagnózy používáme NANDA taxonomii II, kde je pod kódem 00126 uvedena diagnóza: *Deficitní vědomosti*. Je potřeba přesně specifikovat, o jaký deficit vědomostí se u pacienta jedná.²⁹²

Jde o zevrubný a široce uplatnitelný diagnostický systém, který specifikuje diagnózy podle diagnostických prvků (konkrétně dle určujících znaků, souvisejících nebo rizikových faktorů, definic diagnóz a číselných kódů). Slouží pro lepší orientaci při stanovování diagnózy.²⁹³

2.3.18.3 Fáze: plánování

Vytvoření edukačního plánu je uskutečňováno po etapách. Zapojení klienta do tvorby smysluplného plánu, který mu vyhovuje, zvyšuje jeho motivaci. Je proto pravděpodobné, že klient, který se účastní formulace edukačního plánu, dosáhne efektivněji vytýčeného cíle.

Plánování se týká oblastí:

- Stanovení priorit v edukaci. Edukační potřeby klienta by měly být seřazeny podle důležitosti. Spolupráce sestry s klientem je zde nezbytná. Je zbytečné učit klienta něco, co sám již dobře zná, je vhodné navázat na jeho dosavadní vědomosti a dovednosti.
- Stanovení učebních cílů. Ty vždy stanovuje sestra společně s klientem. Krátkodobé cíle se zaměřují na momentální potřebu klienta, dlouhodobé spíše na změnu životního stylu a chování. Cíle edukátora a edukanta by měly být shodné.
- Volba správné edukační strategie (metody edukace). Slovo metoda znamená postup k určitému cíli. Metody jsou způsoby a činnosti, jimiž se jedinec učí

²⁹² KUDLOVÁ, P., Specifika edukační činnosti sestry u pacientů odlišné kultury, *Multikulturní ošetřovatelství II.*, s. 122.

²⁹³ MAREČKOVÁ, J., *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*, s. 17.

danému učivu. Obecně platí, že ve vzdělávání dospělých (tedy i klientů) neexistuje „jediná správná“ nebo univerzální metoda. Při posuzování didaktických metod je potřeba seznámit se s jednotlivými metodami, jejich charakteristickými znaky, výhodami a nevýhodami. Nezapomínejme, že se učební situace mění a tím se mění také metody. Metody edukace se musí přizpůsobit každému klientovi individuálně. V praxi nemocnic a dalších zařízení bylo zjištěno, že jsou nejvíce užívány metody slovní (ústní a písemné) a metody demonstrační (ukázky, demonstrace, předvedení).

- Volba obsahu (učiva). Učivo má tři základní podoby. Formální (informační) je přítomno v edukačním programu, je popsáno, definováno vymezeno – jsou to fakta, pojmy, soubory informací, operace s informacemi, činnosti provádějící nebo aktivující užití informací. Realizované učivo je to, co skutečně bylo účastníky edukace zpracováno, děje se v učební lekci (výklad edukátora, samostudium, diskuse klientů, internetová výuka). Osvojené učivo je ta podoba, kterou klient užije v životní situaci. Nejde tedy jen o informaci, kterou zná, má o ní vědomost, ale o informaci, se kterou správně operuje v rozhodovacích procesech (nejen ve zkušební situaci). Osvojené učivo je výstupní kvalita edukovaného jedince a tvoří je vědomosti, dovednosti, schopnosti a postoje.
- Naplánování učiva. Na úvod je dobré zařadit vždy téma, které klienta zajímá nebo navázat na to, co už zná a umí. Je dobré odstranit strach a nedůvěru. Vždy je důležité dodržovat devět didaktických zásad, jinak si klienti učivo nezapamatují a bude pro ně nesrozumitelné.^{294, 295, 296}

Didaktické zásady

- Zásada komplexního rozvoje – rozvoj celé osobnosti člověka; stránka kognitivní, afektivní, psychomotorická.
- Zásada vědeckosti – osvojení poznatků odpovídajících současným ověřeným vědeckým poznatkům; uplatnění vědecky zdůvodněných vztahů; uplatnění samostatnosti, aktivity a tvořivosti.
- Zásada individuálního přístupu – přihlížet k individuálním a věkovým zvláštnostem edukanta; k jeho celkovému tělesnému a zdravotnímu stavu; k úrovni poznávacích procesů; k emocionálním a volným procesům; k osobním zkušenostem.
- Zásada spojení teorie s praxí – vlastní zkušenost, praktická činnost.
- Zásada uvědomělosti a aktivity – aktivní účast edukanta; vnitřní motivace; komunikační dovednost.

²⁹⁴ KUDLOVÁ, P., Specifika edukační činnosti sestry u pacientů odlišné kultury, *Multikulturní ošetřovatelství II.*, s. 123–125.

²⁹⁵ MUŽÍK, J., *Andragogická didaktika*, s. 35–37.

²⁹⁶ BARTOŠ, V., PELIKÁNOVÁ, T., *Praktická diabetologie*, s. 180.

- Zásada názornosti – 80 % informací získáváme zrakem; 12 % sluchem; 5 % hmatem; 3 % ostatní.
 - Zásada přiměřenosti – rozumové schopnosti u všech nejsou stejné; každý je individuum; každý nemá stejné předpoklady pro učení; důležité je chválit.
 - Zásada soustavnosti – osvojení vědomostí a dovedností systematicky; učivo by mělo být uspořádáno do systému; pravidelnost osvojování poznatků.
 - Zásada trvalosti a operativnosti – trvalé uspořádání vědomostí a dovedností tak, aby je bylo možno použít v praxi a dále na nich stavět.²⁹⁷
- Materiálně technické vybavení lekce je závislé na rozsahu, charakteru učiva, na cílech. K vybavení patří přístroje a pomůcky k prezentaci učiva, demonstrační modely, soubory různě náročných učebních úloh ke zpětné vazbě, záznamové archy, inventáře indikátorů (např. „checklisty“) k evidenci projevu dosažené úrovně, evaluační klíč, studijní opory (letáky, brožurky apod.). Přes to všechno je nejcennější edukace osobní. Audiovizuální materiály mohou být užitečné, ale nenahradí dobrého edukátora. Většinou vedou pouze ke zlepšení znalostí, nikoliv dovedností nebo ke změně chování. Navíc, úroveň porozumění přednášené materii bývá nízká. Při využití těchto pomůcek je přítomnost edukátora nezbytná.
 - Organizační podmínky zahrnují prostorové zabezpečení (např. edukace klienta při zachování soukromí, respektování studu, ergonomické podmínky, fyzikální prostředí – světlo, teplo..., pohodlí k zabezpečení pozornosti, rozvržení času pro jednotlivé etapy, (tj. tzv. chronometrůž lekce), přítomnost vyučujícího s expertními didaktickými dovednostmi nebo řízený systém samostudia a kontroly. Záleží na tom, zda edukace probíhá kontaktním způsobem (tváří v tvář), distančně nebo kombinujeme-li obě formy edukace.
 - Edukačním prostředím pedagogové rozumějí okolí, souhrn vnějších podmínek (sociálních, ekonomických, demografických, etnických a jiných), v nichž je lokalizována a funguje určitá škola. Fenomén zvaný „edukační prostředí“ je jedním z klíčových konceptů, který umožňuje adekvátně vysvětlit jevy a procesy edukační reality. Má komplexní povahu, neboť jej vytváří různorodé složky. Existují velmi rozdílná edukační prostředí. Odlišují se od sebe obsahem, formami a intenzitou edukačních procesů.

²⁹⁷ OBST, O., *Didaktika sekundárního vzdělávání*, s. 131–134.

EDUKAČNÍ PROSTŘEDÍ			
vnější okolí (školy, rodiny, pracoviště) s ekonomickými, sociokulturními, demografickými, etnickými aj. charakteristikami	vnitřní		
	fyzikální	psychosociální	
	ergonomické parametry (osvětlení, prostorové dispozice, využití barev, nábytku aj.)	statické	proměnlivé
			trvalejší sociální vztahy mezi účastníky edukačních procesů (mezi rodiči a dětmi, učiteli a žáky aj.) UČEBNÍ KLIMA

Tabulka 6 – Edukační prostředí (vnější podmínky edukace)

(Špirudová, L., Tomanová, D., Kudlová, P., Halmo, R., *Multikulturní ošetřovatelství II.*, 2006, s. 126)

- Cílová uživatelská skupina. Každá edukační lekce je determinována uživateli, tj. edukanty. Sestry edukují klienty různých věkových skupin, různého pohlaví, profese, s různými diagnózami. Je na schopnostech edukátora, aby připravil efektivní edukační program pro cílovou skupinu.^{298, 299, 300}

2.3.18.4 Fáze: realizace

Každý, kdo vytváří edukační plán, musí být připravený reagovat na případné změny, které se mohou naskytnout v průběhu edukace (např. přehodnocení plánu pro neznalost vyučované látky). Před samotnou edukací vždy hodnotíme zdravotní stav klienta a identifikujeme jeho případné překážky v učení. Při edukaci je potřeba využívat učební pomůcky, opory. Sestra musí předat nejen informace o tom, co by měl klient po propuštění dále plnit, dodržovat, ale také mu musí ozřejmit důvod jeho konání. V současné době se ve zdravotnických zařízeních setkáváme spíše se situacemi, kdy při edukaci klientů sestry upřednostňují podání informací bez ověření, zda byly klientem pochopeny.

²⁹⁸ KUDLOVÁ, P., Specifika edukační činnosti sestry u pacientů odlišné kultury, *Multikulturní ošetřovatelství II.*, s. 125–126.

²⁹⁹ MUŽÍK, J., *Andragogická didaktika*, s. 35–37.

³⁰⁰ BARTOŠ, V., PELIKÁNOVÁ, T., *Praktická diabetologie*, s. 180.

Doporučení pro realizaci:

- Optimální čas a délku edukace určuje především klient.
- Okolní prostředí může odvádět pozornost klienta. Je proto důležité před začátkem edukace odstranit rušivé elementy a vytvořit tak optimální edukační prostředí.
- Je důležité zvolit vhodné učební pomůcky.
- Edukace je efektivnější, pokud je klient motivován.
- Učení je ovlivněno tempem jakým probíhá, edukátor tempo neustále kontroluje a přizpůsobuje.
- Opakování, souhrn, jiná formulace obsahu edukace posiluje učení.
- Bariéru v komunikaci může vytvořit používání odborných a cizích výrazů.
- Vždy je nutné brát ohled na celkový stav klienta.
- Před samotnou edukací vždy zhodnotíme stav klienta a identifikujeme případné další překážky v učení. Klienti, zvláště v akutním průběhu choroby, při akutní bolesti, ve stresu atd., nejsou schopni vnímat podrobné informace týkající se jejich choroby, kondice, léčby nebo potřebných preventivních opatření. U klientů, kteří mají bolesti, zajistíme její tlumení, u klientů, kteří mluví cizím jazykem, zajistíme tlumočnicka atd.
- Efektivní komunikace je nedílnou součástí edukace klienta.³⁰¹

2.3.18.5 Fáze: vyhodnocení

Každá metoda v medicíně musí být podrobena analýze z hlediska efektivity, prospěchu pro klienty a dosažených výsledků. Dobře a kvalitně prováděná edukace je i úsporným postupem z hlediska ekonomického. Mnoho studií prokázalo, že každá koruna investovaná do edukace se vrátí čtyřnásobně. Je zřejmé, že některé rozměry kvalitně prováděné edukace nelze penězi vyjádřit – to platí zejména o zlepšení celkové kvality života.³⁰²

Kontrola a vyhodnocení je průběžný a také závěrečný proces. Klient i edukátor musí zhodnotit dosažení krátkodobých cílů i plnění dlouhodobých cílů. Cíle tedy neslouží pouze k sestavení edukačního plánu, edukační lekce, ale také k jejich zhodnocení.³⁰³

³⁰¹ KUDLOVÁ, P., Specifika edukační činnosti sestry u pacientů odlišné kultury, *Multikulturální ošetřovatelství II.*, s. 126–127.

³⁰² PERUŠIČOVÁ, J. et al., *Trendy soudobé diabetologie, svazek 3.*, s. 42.

³⁰³ KUDLOVÁ, P., Specifika edukační činnosti sestry u pacientů odlišné kultury, *Multikulturální ošetřovatelství II.*, s. 127.

Druhy hodnocení

- **formativní (kontrolní, průběžné)**, jehož cílem je podpora dalšího efektivního učení účastníků. Dosahuje toho tím, že účastníkům poskytuje užitečnou zpětnou vazbu. Toto hodnocení bývá obvykle zaměřeno na odhalení chyb, obtíží a nedostatků v práci účastníků a nabízí radu zaměřenou na zlepšení budoucích výkonů.
- **sumativní (finální, klasifikující)**, jehož cílem je stanovení úrovně dosažených vědomostí v určeném časovém okamžiku.³⁰⁴

Ekvivalentem pojmu hodnocení je evaluace. Termín evaluace se vztahuje ke každé aktivitě, která slouží pro posouzení výkonů účastníků. Je to vlastně zakončení a vyvrcholení výchovně vzdělávacího procesu. Institucí stanovené edukační cíle mají napomáhat rozvoji vědomostí, dovedností, návyků, porozumění a postojů edukantů. Evaluace potom představuje ty techniky, které lze využít při sledování prospěchu účastníků v podobě konkrétních výsledků edukační činnosti. Edukátor se zaměří na případné nedostatky a rezervy.³⁰⁵

Při hodnocení edukačního procesu je třeba zaměřit pozornost jak na klienta, tak na edukátora a přistupovat podle přiměřených kritérií.

- Kritéria pro hodnocení prospěšnosti edukace - klientů: jaký je pocit odpovědnosti za léčbu; jak oceňuje větší samostatnost; jak oceňuje větší informovanost; jak spolupracuje s lékařem.
- Kritéria pro hodnocení prospěšnosti edukace – edukátorů/učitelů: jak důsledně využívá výchovných zásad v praxi; jak aktivuje klienta k diskusi; jak se s klientem shodne na cílech léčby; jaký používá léčebný program; jak dovede hodnotit výchovný proces; jakých dosáhne změn ve vědomostech, dovednostech, postojích a v chování klienta.³⁰⁶

Výběr nejlepší metody pro kontrolu a vyhodnocení závisí vždy na klientovi. Někomu vyhovuje kladení otázek, někomu vyhovuje o problematice hovořit volně, jiný raději napíše test. K efektivním metodám patří pozorování, interview, dotazníky, zprávy z terénu, práce účastníků apod.

Po kontrole edukátor společně s klientem vyhodnotí, zda bylo dosaženo stanovených cílů a zaměří se na případné nedostatky a rezervy znovu.

Doporučení pro hodnocení: zapomínání je normální proces a je třeba s ním počítat. Je tedy vhodné, aby si klient během edukace dělal poznámky. Nejvhodnější je ale mít již připravené materiály pro klienty, které poskytnuté informace shrnují.³⁰⁷

³⁰⁴ BASTL, P., ŠVEC, V., *Zdravotník lektorem*, 87–88.

³⁰⁵ Tamtéž, 85–86.

³⁰⁶ Tamtéž, 90–93; 104–105

³⁰⁷ KUDLOVÁ, P., *Specifika edukační činnosti sestry u pacientů odlišné kultury, Multikulturální ošetřovatelství II.*, s. 127.

3 Praktická část

3.1 Cíle práce

Cíl č. 1

Zjistit průměrnou délku zavedení portu.

Cíl č. 2

V oblasti edukace zjistit způsob a míru edukace v souvislosti s implantovaným portem.

Cíl č. 3

Zmapovat, jak „portová komůrka“ ovlivňuje kvalitu života respondentů v oblasti fyzické a psychické.

Cíl č. 4

Na základě získaných poznatků vytvořit informační leták o portech pro pacienty a jejich blízké.

Cíl č. 5

Poskytnout zpětnou vazbu z výsledků výzkumu DP pracovišti, na kterém byl výzkum prováděn.

3.2 Hypotézy

K cíli č. 1

H 1: Domnívám se, že většina respondentů (více než 50 %) měla zavedený port více než 1 rok.

K cíli č. 2

H 2: Edukace má převážně slovní formu.

H 3: Domnívám se, že nejméně u 90 % pacientů dochází k edukaci individuálně.

H 4.1: Domnívám se, že více jak 50 % respondentů bylo edukováno v dostatečném předstihu před samotnou implantací portu.

H 4.2: Domnívám se, že maximálně 10 % respondentů bylo edukováno po výkonu.

H 5.1: Domnívám se, že nejméně 90 % pacientů poučil výhradně lékař.

H 5.2: Domnívám se, že maximálně 10 % pacientů poučila zdravotní sestra.

H 6: Většina respondentů automaticky sdělí, že jsou nositeli portu.

H 7: Většina respondentů po edukaci uvádí, že do portu lze napichovat pouze speciální portové jehly.

K cíli č. 3

H 8: Zavedení portu neomezuje většinu respondentů při základních životních činnostech (pohyblivost, soběstačnost, běžné činnosti, bolest).

H 9: Většina respondentů v průběhu 12ti měsíců hodnotí svůj zdravotní stav lépe.

H 10: Domnívám se, že většina pacientů svůj port vůbec nevnímá.

H 11: Domnívám se, že většina pacientů kvůli nebezpečí poškození portu, omezuje některé běžné denní činnosti nebo sportovní aktivity.

H 12: Život s portem neovlivňuje psychiku většiny respondentů.

Další stanovené hypotézy

H₀13: Neexistuje závislost mezi znalostmi respondentů v oblasti nošení portu a délkou implantace portu.

H_A 13: Existuje závislost mezi znalostmi respondentů v oblasti nošení portu a délkou implantace portu.

- H₀14:** Neexistuje závislost mezi vnímáním portu a délkou implantace portu.
- H_A 14:** Existuje závislost mezi vnímáním portu a délkou implantace portu.
- H₀15:** Neexistuje závislost mezi nejvyšším vzděláním pacientů a jejich znalostmi v oblasti nošení portu.
- H_A15:** Existuje závislost mezi nejvyšším vzděláním pacientů a jejich znalostmi v oblasti nošení portu.
- H₀16:** Neexistuje závislost mezi pohlavím pacientů a jejich znalostmi v oblasti nošení portu.
- H_A 16:** Existuje závislost mezi pohlavím pacientů a jejich znalostmi v oblasti nošení portu.
- H₀17:** Neexistuje závislost mezi délkou implantace portu a výskytem potíží v souvislosti s implantovaným portem.
- H_A 17:** Existuje závislost mezi délkou implantace portu a výskytem potíží v souvislosti s implantovaným portem.
- H₀18:** Neexistuje závislost mezi délkou edukace a mírou znalosti respondentů v oblasti nošení portu.
- H_A 18:** Existuje závislost mezi délkou edukace a mírou znalosti respondentů v oblasti nošení portu.

3.3 Metodika práce

3.3.1 Metodika výzkumu

Podkladem pro přípravu a realizaci výzkumu je studium odborné literatury a dalších dostupných zdrojů. Po teoretické přípravě následuje výběr a příprava nástroje, za jehož pomoci bude výzkum proveden. Třetím krokem je výběr respondentů.

S podklady shora uvedenými musí být požádáno o povolení výzkumu u náměstka ošetrovatelské péče FN Olomouc. Na základě povolení je zpracován plán výzkumného šetření, na který navazuje pilotní studie na vybraných odděleních FN Olomouc. Skutečnosti zjištěné pilotní studií jsou použity k upřesnění případných nejasností v dotazníku. Za tohoto předpokladu může být zahájen terénní výzkum na předem stanovených pracovištích s přímým oslovením respondentů.

Po shromáždění dat od dostatečného počtu respondentů následuje zpracování získaných dat a interpretace výsledků. Z výsledků výzkumu může vzniknout doporučení pro oblast teorie i praxe.

Jak je uvedeno ve shora uvedených cílech diplomové práce, měl by celý výzkum vést k vydání informačního letáku pro pacienty a jejich blízké.

3.3.2 Charakteristika souboru respondentů

Zkoumaným souborem potřebným v rámci výzkumného šetření byli respondenti vykazující následující charakteristiky:

- obě pohlaví,
- osoby nad 18 let,
- osoby s hemato-onkologickou diagnózou,
- osoby s implantovaným podkožním portem,
- osoby ošetřované ve FN Olomouc,
- osoby léčené ambulantně i za hospitalizace.

3.3.3 Metoda užitá k šetření

Ke sběru dat byla zvolena metoda anonymního a dobrovolného dotazníku pro své výhody – rychlé a ekonomické shromáždění dat od velkého počtu respondentů a snadné vyhodnocování výsledků výzkumného šetření.

Chráska definuje samotný dotazník jako soustavu předem připravených a pečlivě formulovaných otázek vytvořených pro získání specifických údajů pro výzkumné šetření, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaný odpovídá písemně.

Dotazníkové metodě bylo často oprávněně vytýkáno, že nezjišťuje to, jací respondenti skutečně jsou, ale jen to, jak sami sebe vidí nebo chtějí být viděni. Data získaná dotazníkem mají vždy jen podmíněnou platnost a vyžadují vždy velmi obezřetnou interpretaci.³⁰⁸

V dotazníku byly použity položky:

- 1) Uzavřené = polytomické otázky, kde se respondentům naskýtá vždy určitý počet předem připravených alternativních odpovědí a respondent si vybírá jednu z více možností (otázky 1, 3, 4, 6, 8-11, 13, 14, 16-21, 23-31, I.-VI.).
- 2) Otevřené = nestrukturované otázky, které nenavrhují žádnou možnou odpověď a nechávají ji zcela na respondentovi (otázky 2, 5, 7).
- 3) Výčtové položky, kde respondenti vybírají současně několik odpovědí (otázky 12, 15).
- 4) Škálové položky, kde respondent zakreslí bod do předem připravené škály v rozmezí hodnot 1–5, kde 1 = výhradně spokojen a 5 = výhradně nespokojen (otázky 22, 32, VII.).

Použitý dotazník byl sestaven za pomoci Mgr. Václava Kajaby, Ph.D., z hemato-onkologické FN Olomouc, odborného konzultanta diplomové práce. Je rozdělen na pět částí. První část obsahuje průvodní dopis spolu s návodem „jak vyplnit dotazník“. Druhá část se skládá z obecných informativních otázek. Ve třetí části jsou položky pro zjišťování informovanosti (edukace) hemato-onkologicky nemocných a jejich spokojenosti s ní. Do čtvrté části byly zařazeny otázky ke zjištění spokojenosti pacienta s portem v průběhu intenzivní léčby. Konečně pátá část je zaměřena na zjištění kvality života nemocných s implantovaným portem.

Právě pro tuto poslední část byl do samostatně vytvořeného dotazníku zakomponován standardizovaný strukturovaný dotazník s názvem European Quality of Life Questionnaire (EuroQol, EQ-5D), který měří kvalitu života pomocí pěti objektivních ukazatelů fyzického a psychického zdraví.

Dotazník obsahuje celkem 39 položek, které jsou rozděleny na otázky 1 - 32 (dotazník vytvořený autorkou diplomové práce) a na otázky I. - VII. (standardizovaný dotazník vytvořený mezioborovou skupinou odborníků EuroQol group).

³⁰⁸ CHRÁSKA, M., *Základy vědky v pedagogice*, s. 89.

Dotazníkové šetření bylo zaměřeno na získávání dat v těchto oblastech

Ke zjištění demografických údajů (pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, onemocnění, pro které byl port implantován, délka trvání nemoci, délka zavedení portu, důvod implantace portu) byly využity položky z informativní části 1-7.

K dosažení 1. cíle, který byl zaměřen na zjištění průměrné délky zavedení portu, byla využita položka 6 z informativní části dotazníku.

K dosažení 2. cíle zaměřeného na zjištění způsobu a míry edukace v souvislosti s implantovaným portem byly využity položky z části týkající se edukace s čísly 10-13, 20, 22.

K dosažení 3. cíle, který byl zaměřen na zmapování toho, jak implantovaný port ovlivňuje kvalitu života respondentů v oblasti fyzické a psychické, byly využity položky ze III. a IV. části dotazníku s čísly 29, 30 a I.-VI.

K dosažení 4. cíle zaměřeného na vytvoření informačního letáku o portech pro pacienty a jejich blízké byly využity výstupy z vyhodnocení dotazníku spolu s nastudováním potřebných materiálů pro jeho tvorbu.

K dosažení 5. cíle, který byl zaměřen na poskytnutí zpětné vazby pracovišti kde byl výzkum prováděn, bude podání informací kolektivu pracovníků způsobem dohodnutým s vedoucím, konzultantem, příp. vrchní sestrou dané kliniky.

3.3.4 Předvýzkum

Výzkumnému šetření předcházela předvýzkum na vzorku 6 respondentů se stejnou charakteristikou jakou měl následně i zkoumaný soubor. Cílem bylo ověřit srozumitelnost a použitelnost jednotlivých položek dotazníku a zjistit tak získání potřebných dat od rozsáhlejšího souboru respondentů. Dotazníky vyplněné v rámci předvýzkumu měly pouze upozornit na případné nesrovnalosti a nebyly použity k dalšímu vyhodnocování.

Na základě podnětů a připomínek z pilotní studie byla položka 10 zjišťující školitele respondentů o problematice implantabilního venózního portu upravena tak, že respondenti místo stanovení stupnice edukátorů měli vybrat ze 4 možností pouze 1 variantu. Obdobným způsobem byla upravena položka 11.

Dále byla pozměněna položka 20, do které byla zakomponována možnost další odpovědi, a to „nevím“ (respondenti odpovídali na to, jak se zachovají při příchodu do zařízení odlišného od FN Olomouc).

Stejně jako předchozí byla upravena položka 21, která se týkala možnosti využití různých druhů jehel při aplikaci léčiv do portu.

Nakonec byly provedeny gramatické a drobné grafické úpravy.

K ostatním položkám nebyly ze strany respondentů výhrady, proto byl dotazník po korektuře použit pro vlastní výzkumné šetření.

3.3.5 Realizace šetření

Po potvrzení žádosti o umožnění výzkumného šetření na hemato-onkologické klinice FN Olomouc, který byl povolen náměstkem pro ošetrovatelskou péči Bc. M. Šamajem dne 23. 4. 2009, byly rozdány dotazníky na výše jmenovanou kliniku. Dotazníky byly určeny ke sběru dat na ambulanci i odděleních hemato-onkologické kliniky.

Na rozdání dotazníků se podílely zdravotní sestry a autorka práce. Klinika obdržela celkem 130 (100 %) dotazníků.

Výzkumné šetření probíhalo od konce dubna roku 2009 do poloviny května roku 2010. Dotazník respondenti vyplňovali písemně přímo na ambulanci a na odděleních hemato-onkologické kliniky 5A a 5B.

Celková návratnost byla 110 (85 %) dotazníků, avšak 12 dotazníků (9 %) muselo být po důkladné kontrole vyřazeno pro nekompletní vyplnění položek. Do finálního hodnocení bylo tedy zařazeno 98 (76 %) dotazníků.

Největší návratnost dotazníků 71 (73 %) byla z hemato-onkologické ambulance. O zbylých 12 % (27) dotazníků se téměř rovnoměrně podělila obě oddělení hemato-onkologické kliniky 5A (11, tj. 5 %), 5B (16, tj. 7 %).

3.3.6 Zpracování získaných dat

Získaná data byla zpracována ručně do četnostní tabulky za pomoci čárkovací metody. Získané výsledky byly převedeny do jednoduchých tabulek četností a doplněny o výpočty relativní četnosti. Vypočítaná relativní četnost pozorovaných jevů byla pro lepší přehlednost znázorněna grafickou úpravou. U některých položek byly vypočítány střední hodnoty pomocí vzorce pro aritmetický průměr.

Relativní četnost byla počítána pomocí vzorce:

$$f_i = n_i / N$$

f_i – relativní četnost

n_i – absolutní četnost

N – četnost celková

Relativní četnost poskytuje informace o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou dílčí hodnotu. Nejčastěji se udává v % a výsledek se vynásobí 100.

Střední hodnoty byly počítány pomocí vzorce pro aritmetický průměr:

$$\bar{x} = (x_1 + x_2 + x_3 + \dots + x_N) / N$$

N – celková četnost

\bar{x} – aritmetický průměr

K dalšímu statistickému zpracování otázek č. 6, 10-13, 20, 21, 29, 30 a I.-VI. byl použit statistický software SPSS verze 15. Všechny statistické testy byly provedeny na hladině signifikance 0,05, intervaly spolehlivosti byly počítány se spolehlivostí 95 %.

Hypotézy byly ověřeny na základě vypočítaných absolutních a relativních četností s využitím konstrukce 95 % intervalu spolehlivosti (95 % CI) pro populační

pravděpodobnost dle vzorce:

$$p \pm 1,96 \sqrt{\frac{p(1-p)}{n}} \quad .^{309}$$

V práci jsou použity výsečové, jehlanové a válcové grafy. Pro konstrukci tabulek byl využit Microsoft Word 2003, pro konstrukci grafů byl využit Microsoft Excel 2003, obojí operačním systémem Windows XP.

³⁰⁹ ZVÁROVÁ, J. *Základy statistiky pro medicínské obory*. [online], dostupné na WWW: <<http://new.euromise.org/czech/tajne/ucebnice/html/html/node8.html#7549>>.

3.4 Interpretace dat

3.4.1 Demografické údaje

Na tuto problematiku byly zaměřeny položky číslo 1-7 z informativní části dotazníku.

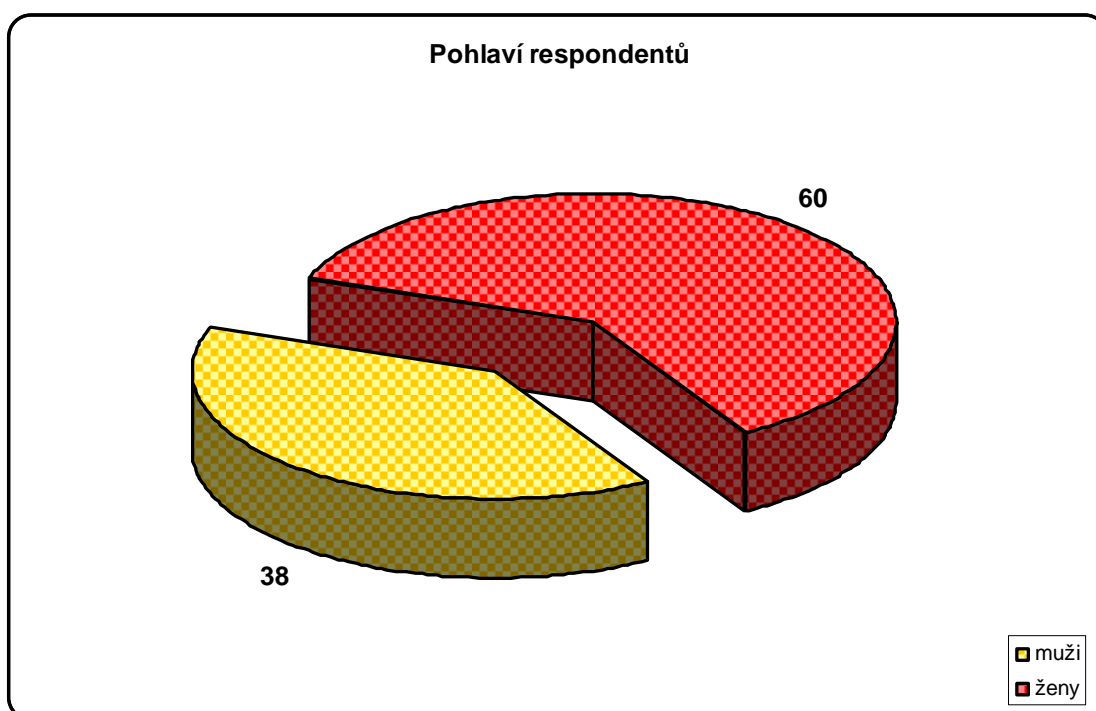
Položka č. 1: Jakého jste pohlaví?

Převážná část z celkového počtu 98 (100 %) respondentů bylo 60 (61 %) respondentů ženského pohlaví a zbývající část 38 (39 %) bylo pohlaví mužského.

Tabulka 7 – Pohlaví respondentů

Pohlaví	n_i	f_i
Muž	38	39
Žena	60	61
Celkem	98	100

Graf 1 – Pohlaví respondentů



Položka č. 2: Kolik je Vám let?

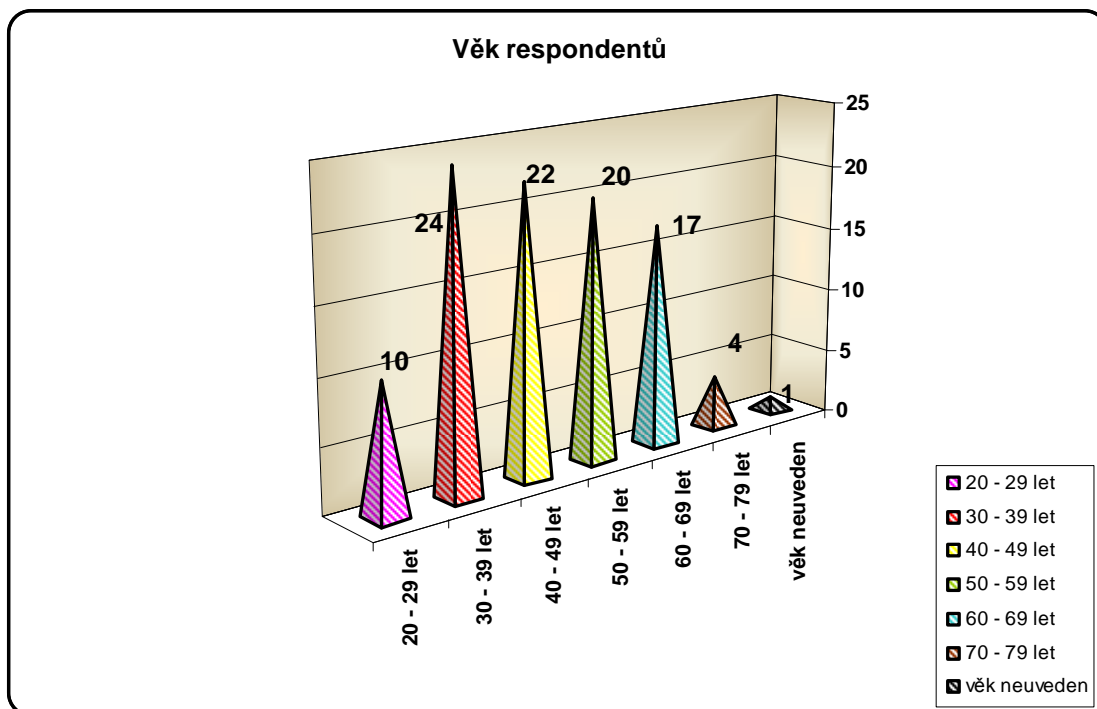
Dotazníkovým šetřením bylo zjištěno, že z celkového počtu 98 (100%) respondentů tvořilo nejpočetnější skupinu 24 (24 %) respondentů ve věku 30 – 39 let. Druhou nejpočetnější skupinou 22 (22 %) byli respondenti ve věkovém rozmezí 40 – 49 let. Další věkové skupiny byly následující 20 (20 %) ve věku 50 – 59 let, 17 (17 %) ve věku 60 – 69 let, 10 (10 %) ve věku 20 – 29 let, 4 (4 %) ve věku 70 – 79 let. 1 (1 %) respondent věk neuvedl.

Průměrný věk respondentů byl 46 let. Ve věkovém průměru mezi pohlavími byl rozdíl nepatrný, a to ve prospěch vyššího věku mužů, kde byl průměr 45,86 let, zatímco ženy měly průměrný věk 45,73 let.

Tabulka 8 – Věk respondentů

Věk v rozmezí	n_i	f_i
20 — 29 let	10	10
30 — 39 let	24	24
40 — 49 let	22	22
50 — 59 let	20	20
60 — 69 let	17	17
70 — 79 let	4	4
neuveden	1	1
Celkem	98	100

Graf 2 – Věk respondentů



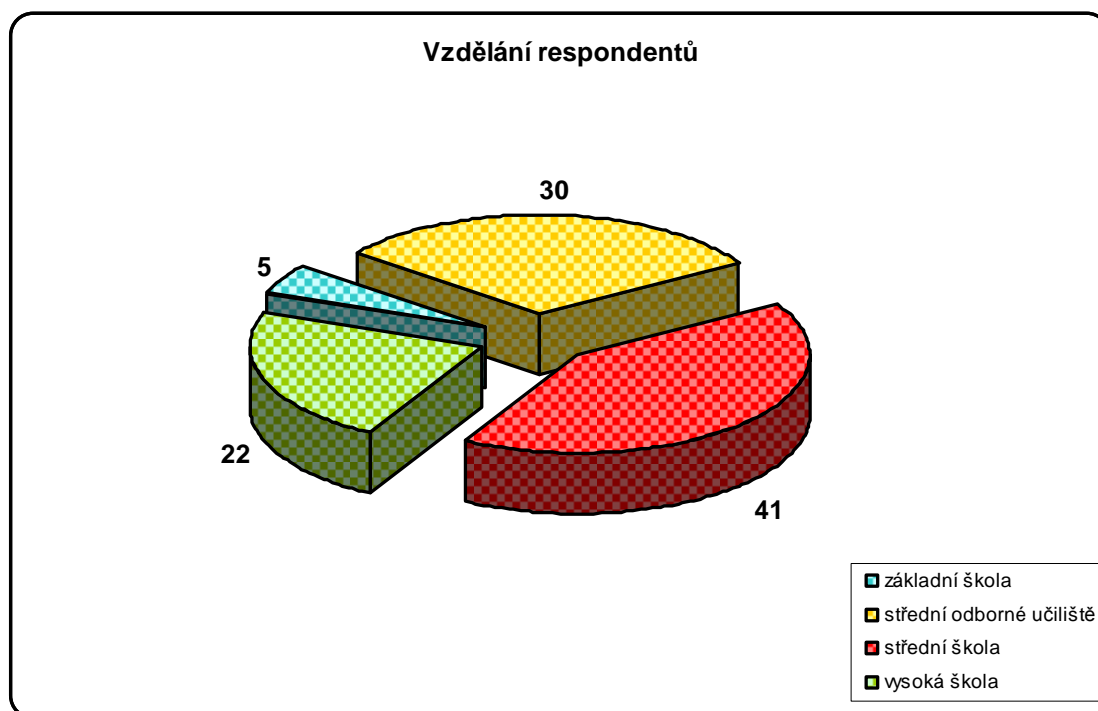
Položka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Výsledky šetření k dosaženému vzdělání respondentů prokázaly, že z celkového počtu 98 (100 %) respondentů, mělo 20 (42 %) respondentů úplné SŠ vzdělání s maturitou, 17 (31 %) respondentů SŠ s výučním listem, 8 (5 %) respondentů základní vzdělání a 7 (22 %) respondentů vzdělání vysokoškolské.

Tabulka 9 – Vzdělání respondentů

Vzdělání	n_i	f_i
Základní	8	5
SŠ s výučním listem	17	31
Úplné SŠ vzdělání s maturitou	20	42
Vysokoškolské	7	22
Celkem	98	100

Graf 3 – Vzdělání respondentů



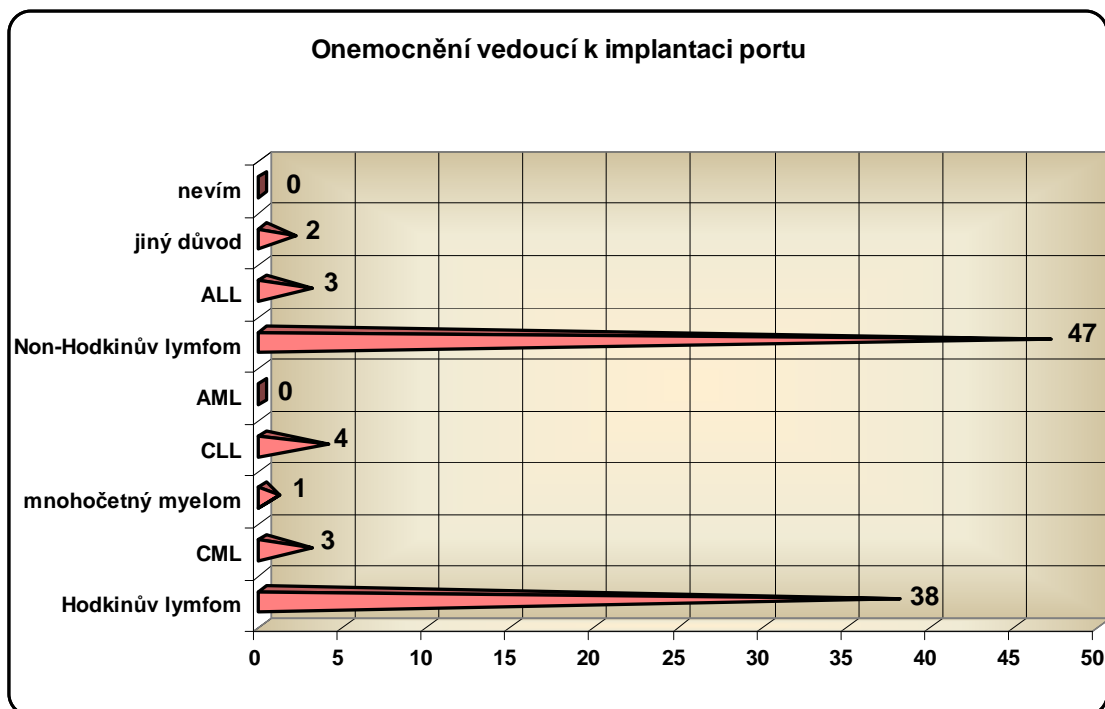
Položka č. 4: Označte onemocnění, pro které Vám byl port implantován (voperován).

Výzkum dle této tabulky byl zaměřen na zjištění objektivního důvodu implantace portu. Všichni respondenti, tj. 98 (100 %), uvedli konkrétní onemocnění, pro které jim byl port implantován. Z příkladů onemocnění, které byly v dotazníku uvedeny, se nevyskytovala AML a 2 (2 %) respondenti uváděli jiné, tazatelkou nespecifikované onemocnění. Ostatní respondenti uvedli své nemoci v tomto pořadí: Non-Hodkinův lymfom 47 (48 %) respondentů, Hodkinův lymfom 38 (39 %) respondentů, CLL 4 (4 %) respondenti, stejný počet respondentů, tj. 3 (3 %), uvedli jednak CML a jednak ALL. S diagnózou mnohočetný myelom se vyskytl 1 (1 %) respondent.

Tabulka 10 – Onemocnění vedoucí k implantaci portu

Onemocnění	n_i	f_i
AML	0	0
CML	3	3
ALL	3	3
CLL	4	4
Hodkinův lymfom	38	39
Non-Hodkinův lymfom	47	48
mnohočetný myelom	1	1
jiné	2	2
nevím	0	0
Celkem	98	100

Graf 4 – Onemocnění vedoucí k implantaci portu



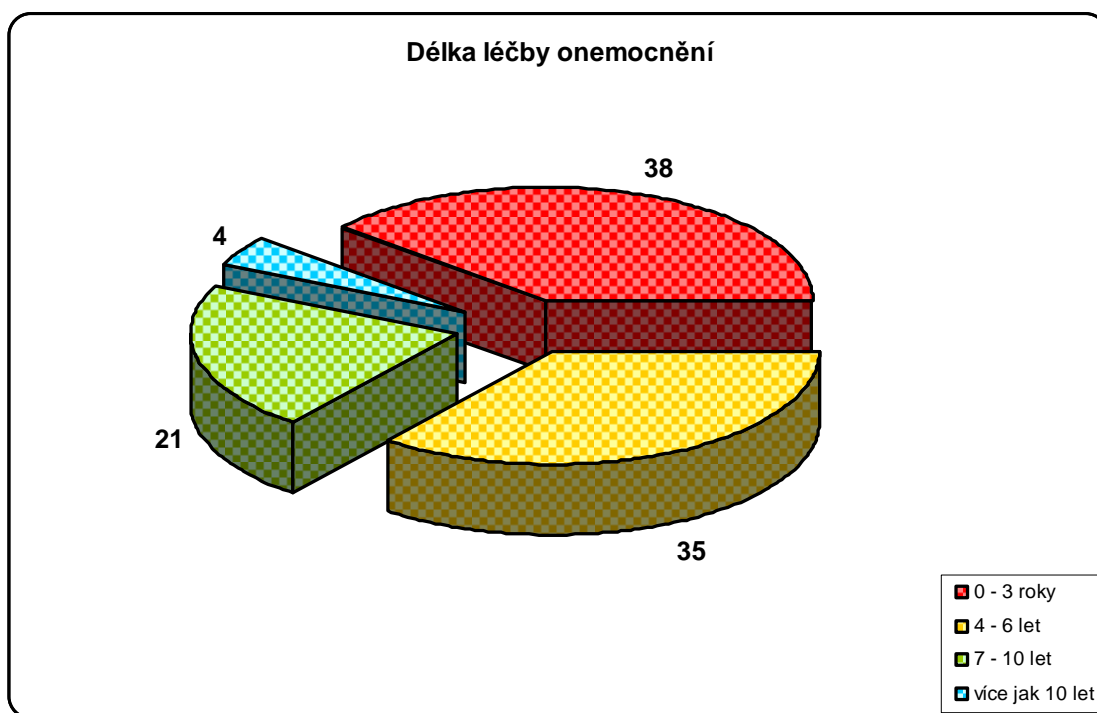
Položka č. 5: Jak dlouho se s daným onemocněním léčíte?

Dotázaní respondenti – 98 (100 %) uvedlo délku léčby svého onemocnění. Nejvíce respondentů, tj. 38 (39 %), vykazovalo délku léčby 0 – 3 roky. Do rozmezí 4 – 6 let se zařadilo 35 (36 %) respondentů. Ve skupině 7 – 10 let délky onemocnění bylo 21 (21 %) respondentů. Více jak 10 let uváděli 4 (4 %) respondenti. Průměrná délka léčby byla zjištěna v rozsahu 4,62 let.

Tabulka 11 – Délka léčby onemocnění

Délka léčby	n_i	f_i
0 – 3 roky	38	39
4 – 6 let	35	36
7 – 10 let	21	21
více jak 10 let	4	4
Celkem	98	100

Graf 5 – Délka léčby onemocnění



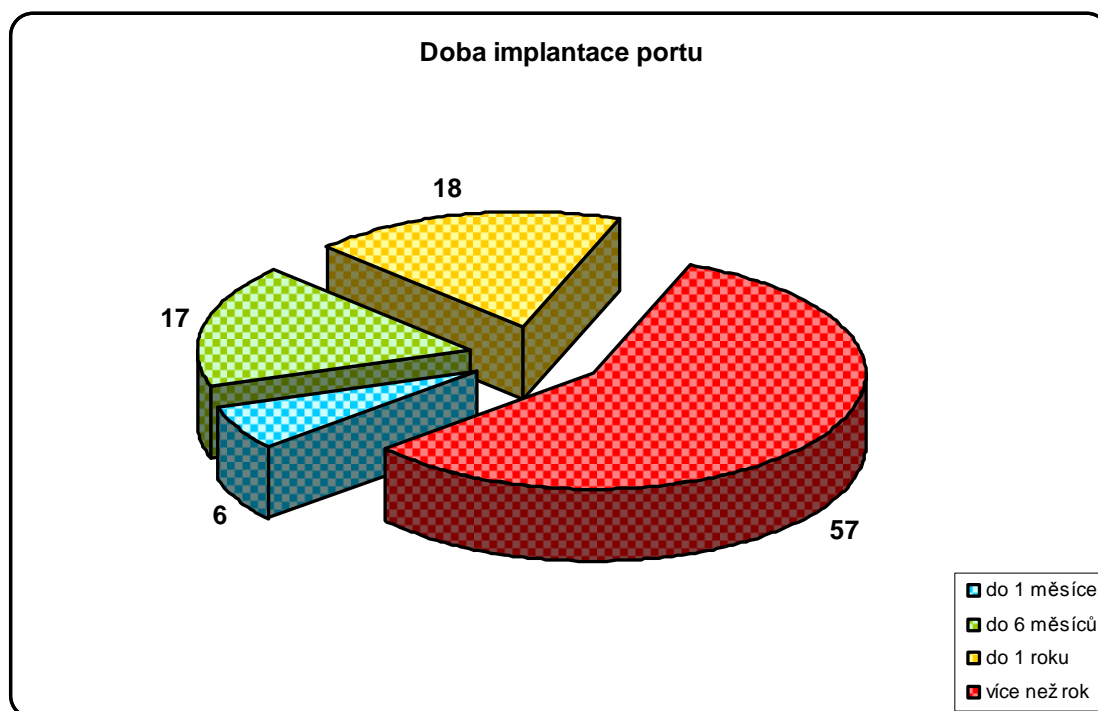
Položka č. 6: Jak dlouho jste v současné době nositelem/kou portu?

Nejvíce, tj. 57 (58 %) respondentů, mělo zavedený port déle než 1 rok. V rozmezí 6 měsíců až 1 rok mělo port implantováno 18 (18 %) dotázaných. Od 1 měsíce do půl roku bylo nositelů portu 17 (17 %) respondentů a zbývajících 6 (6 %) respondentů využívalo port do 1 měsíce. Uvedené údaje jsou vykázány z celkového počtu 98 (100 %) respondentů.

Tabulka 12 – Doba implantace portu

Doba implantace	n_i	f_i
do 1 měsíce	6	6
do 6 měsíců	17	17
do 1 roku	18	18
více než 1 rok	57	58
Celkem	98	100

Graf 6 – Doba implantace portu



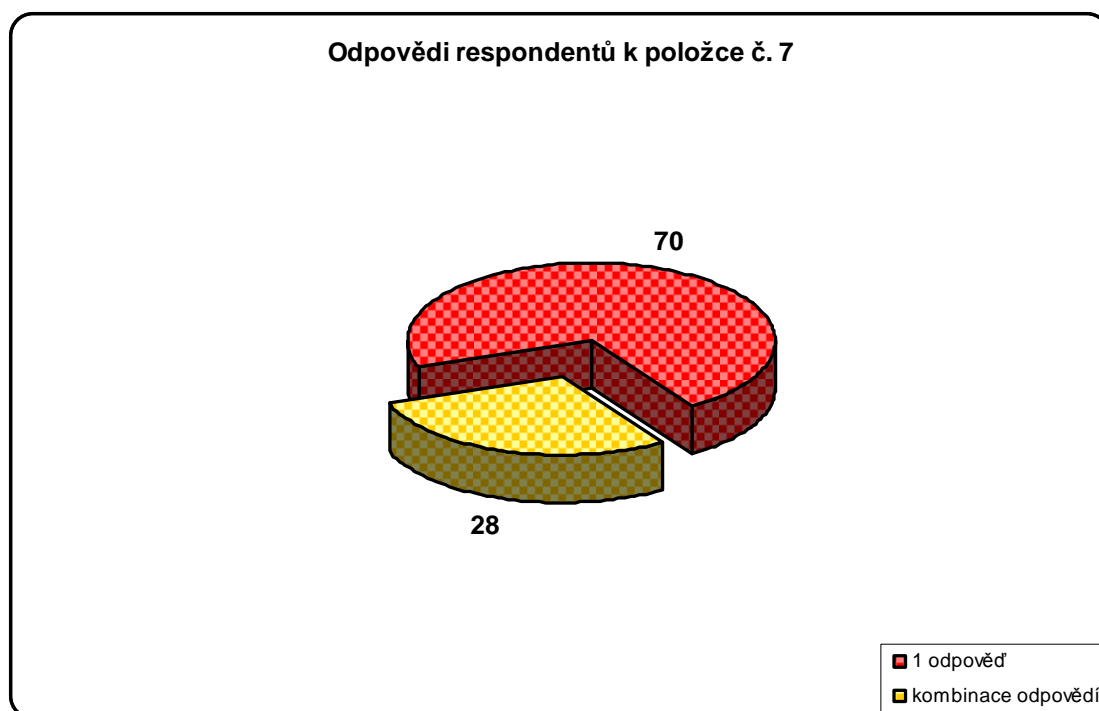
Položka č. 7: Proč Vám byl port implantován (voperován)?

K objektivnímu vyhodnocení 7. položky v dotazníku je nutno nejdříve rozdělit odpovědi na ty, které uvádějí jednoznačné a nejednoznačné závěry. Z celkového počtu 98 (100 %) respondentů uvedlo 70 (71 %) respondentů 1 odpověď, zatímco 28 (29 %) respondentů uvedlo dvojkombinaci odpovědí.

Tabulka 13 – Odpovědi respondentů k položce č. 7

Odpovědi respondentů	n_i	f_i
1 odpověď	70	71
kombinace odpovědí	28	29
Celkem	98	100

Graf 7 – Odpovědi respondentů k položce č. 7

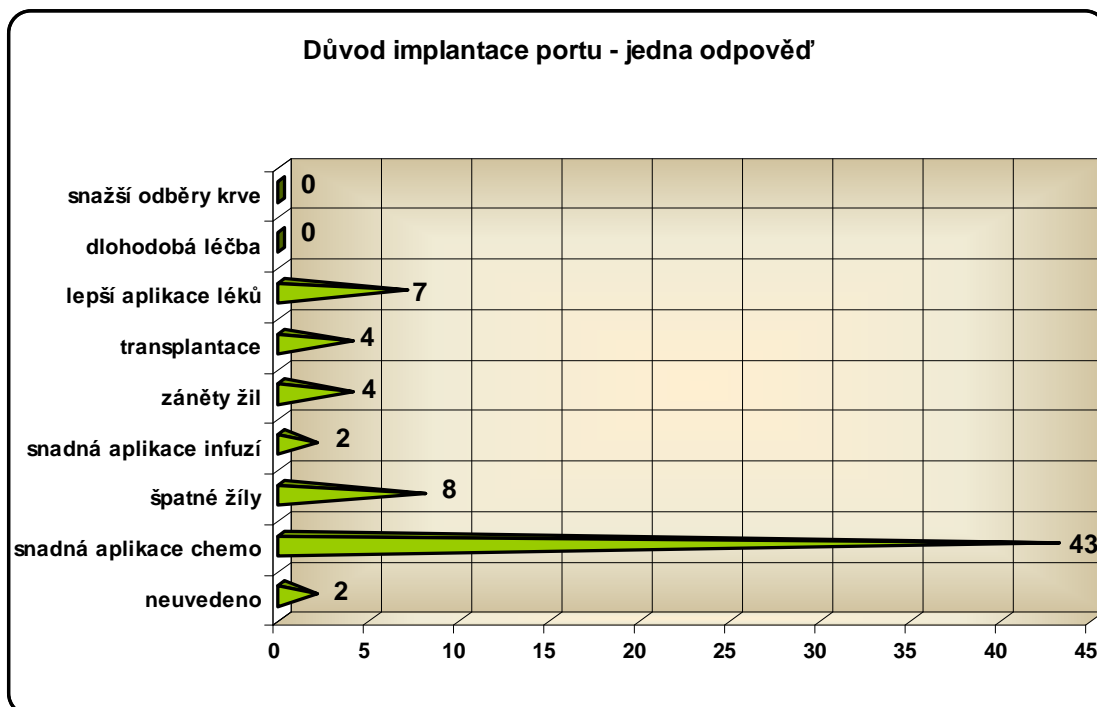


Na předchozí tabulku k 7. položce navazuje tabulka a graf jednoznačných odpovědí, které vykazují tyto výsledky. Zahrnuje 70 (71 %) respondentů z celkového počtu (viz předchozí graf). 43 (4 (4 %) respondentů uvedlo jako důvod implantace snadnou aplikaci chemoterapie, 8 (8 %) respondentů špatné žíly, 7 (7 %) respondentů špatnou aplikaci léků, po 4 (4 %) respondentech uvedlo záněty žil a transplantaci. Poslední skupina zahrnující 2 (2 %) respondentů neuvádí důvod implantace. Je nutno rovněž uvést, že žádný v této skupině respondentů neuvádí jako důvod dlouhodobou léčbu nebo snazší odběry krve.

Tabulka 14 – Důvod implantace portu – jedna odpověď

Důvod implantace	n_i	f_i
neuveдено	2	2
snadná aplikace chemoterapie (chemo)	43	44
špatné žíly (žíly)	8	8
snadná aplikace infuzí (infuze)	2	2
záněty žil	4	4
transplantace	4	4
lepší aplikace léků (léky)	7	7
dlouhodobá léčba (léčba)	0	0
snazší odběry krve (odběry)	0	0
Celkem	70	71

Graf 8 – Důvod implantace portu – jedna odpověď



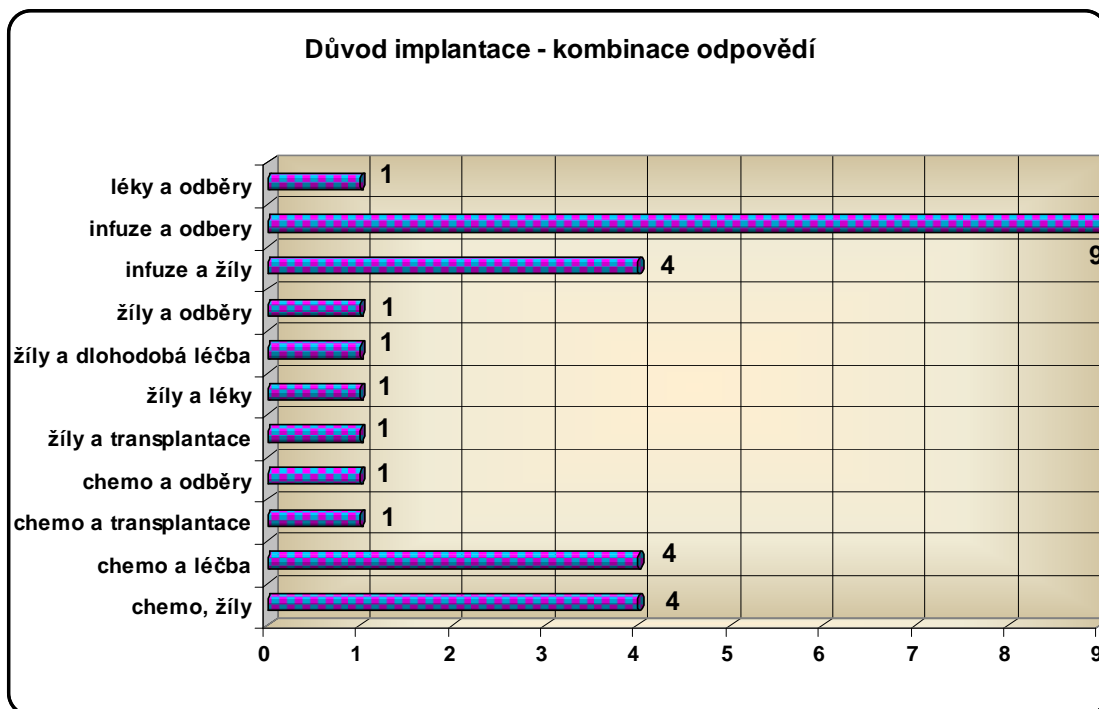
U vícečetné skupiny odpovědí je vyhodnoceno 28 (29 %) z celkového počtu respondentů (viz graf č. 8). Největším počtem 9 (9 %) respondentů jsou ti, kteří jako důvod implantace portu uvedli snadnou aplikaci infuzí spolu se snazšími odběry krve.

Po 4 (4 %) dotázaných zvolilo následující dvojkombinaci odpovědi: snadná aplikace chemoterapie a špatné žíly, snadná aplikace chemoterapie a dlouhodobá léčba nebo snadná aplikace infuzí spolu se špatnými žilami. Kombinaci odpovědí snadná aplikace chemoterapie a transplantace, snadná aplikace chemoterapie a snazší odběry krve, špatné žíly a transplantace, špatné žíly a lepší aplikace léků, špatné žíly a dlouhodobá léčba, špatné žíly a snazší odběry krve nebo lepší aplikace léků a snazší odběry krve uvádí vždy po 1 (1 %) respondentu.

Tabulka 15 – Důvod implantace portu – kombinace odpovědí

Důvod implantace	n_i	f_i
chemo, žíly	4	4
chemo, léčba	4	4
chemo, transplantace	1	1
chemo, odběry	1	1
žíly, transplantace	1	1
žíly, léky	1	1
žíly, dlouhodobá léčba	1	1
žíly, odběry	1	1
infuze, žíly	4	4
infuze, odběry	9	9
léky, odběry	1	1
Celkem	28	29

Graf 9 – Důvod implantace portu – kombinace odpovědí



3.4.2 Otázky k edukaci

Tato problematika byla zkoumána otázkami číslo 8-22 ze II. části dotazníku.

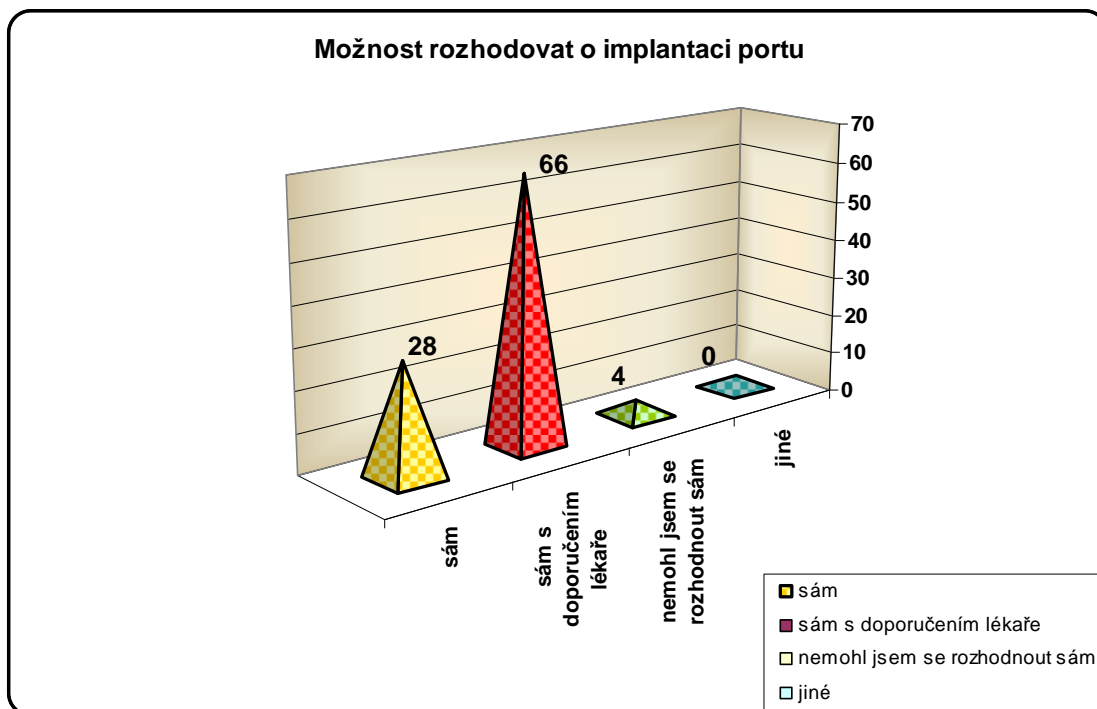
Položka č. 8: Byla Vám dána možnost rozhodnout se, zda budete s implantací (voperováním) portu souhlasit?

Tato položka vyjadřuje rozsah svobodného rozhodnutí respondentů nechat si implantovat port. Na položenou otázku odpovědělo všech 98 (100 %) oslovených respondentů. Největší počet 66 (67 %) respondentů zvolil odpověď: „mohl jsem se rozhodnout sám, ale lékaři mi jednoznačně doporučili, že bych měl s implantací portu souhlasit. Další velkou skupinou, tj. 28 (29 %) respondentů, byli ti, kteří se rozhodli zcela samostatně. Poslední, nejmenší skupina 4 (4 %) respondentů, uvedla, že jim byl port voperován bez možnosti se rozhodnout.

Tabulka 16 – Možnost rozhodovat o implantaci portu

Rozhodnutí	n_i	f_i
samostatné rozhodnutí	28	29
samostatné rozhodnutí s jednoznačným doporučením lékaře	66	67
nikdo mi nedal možnost se rozhodnout	4	4
jiné	0	0
Celkem	98	100

Graf 10 – Možnost rozhodovat o implantaci portu



Položka č. 9: Byl/a jste poučen/a o následujících tématech?

Položka č. 9a: ošetřování čerstvé operační rány

Položka č. 9 byla rozdělena do šesti podskupin jak uvádí následující grafy. První graf vypovídá o kvalitě edukace, jež se týká poskytnutých informací o operační ráně. Na otázku odpověděli všichni dotazovaní, tj. 98 (100 %) respondentů a jak vyplývá z jednotlivých odpovědí, převážná většina 63 (64 %) respondentů hodnotila edukaci velmi dobře. Podstatně menší část 29 (30 %) dotazovaných označilo edukaci jako dobrou a po 3 (3 %) respondentech uvedlo, že byli edukováni málo či vůbec nebyli edukováni. Pokud bychom označili odpovědi číselnou hodnotou (známkou) od 1 do 4, vycházela by průměrná známka 1,44.

Tabulka 17 – Edukace o operační ráně v místě portu

Poučen o operační ráně	n_i	f_i
velmi dobře	63	64
dobře	29	30
málo	3	3
vůbec	3	3
Celkem	98	100

Graf 11 – Edukace o operační ráně v místě portu



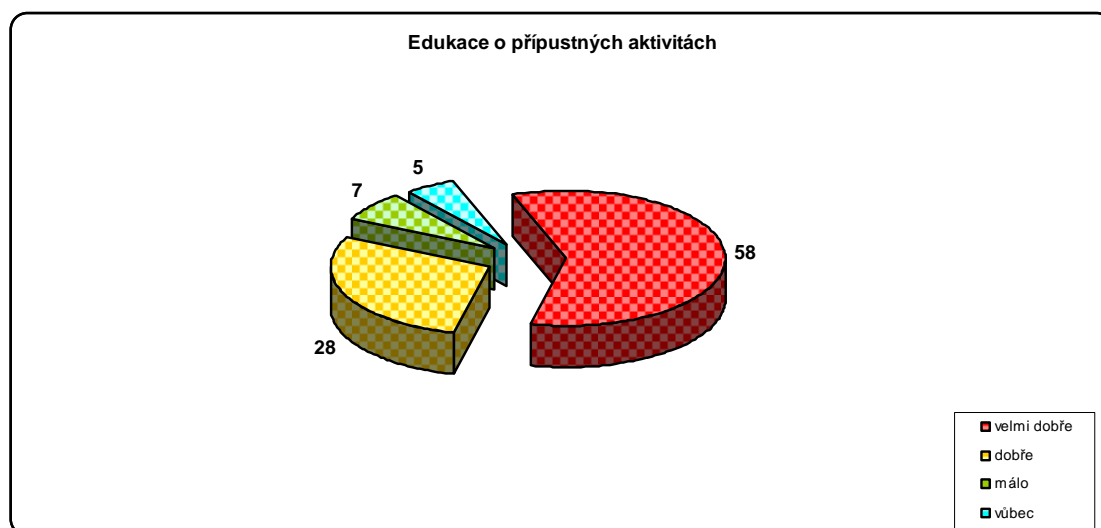
Položka č. 9b: pracovní a sportovní aktivity, kterými byste mohl/a port poškodit a kterých se máte vyvarovat

Druhý graf vypovídá o kvalitě edukace v oblasti pracovních a sportovních aktivit, kterými může dojít k poškození portu. Na otázku odpověděli všichni dotazovaní, tj. 98 (100 %) respondentů, a jak vyplývá z jednotlivých odpovědí, převážná většina 58 (59 %) respondentů hodnotilo edukaci velmi dobře. Podstatně menší část 28 (29 %) dotazovaných označilo edukaci jako dobrou. 7 (7 %) respondentů sdělilo, že byli edukováni málo a 5 (5 %) respondentů nebylo edukováno vůbec. Pokud bychom označili odpovědi číselnou hodnotou (známkou) od 1 do 4, vycházela by průměrná známka 1,58.

Tabulka 18 – Edukace o přípustných aktivitách

Poučení o aktivitě	n_i	f_i
velmi dobře	58	59
dobře	28	29
málo	7	7
vůbec	5	5
Celkem	98	100

Graf 12 – Edukace o přípustných aktivitách



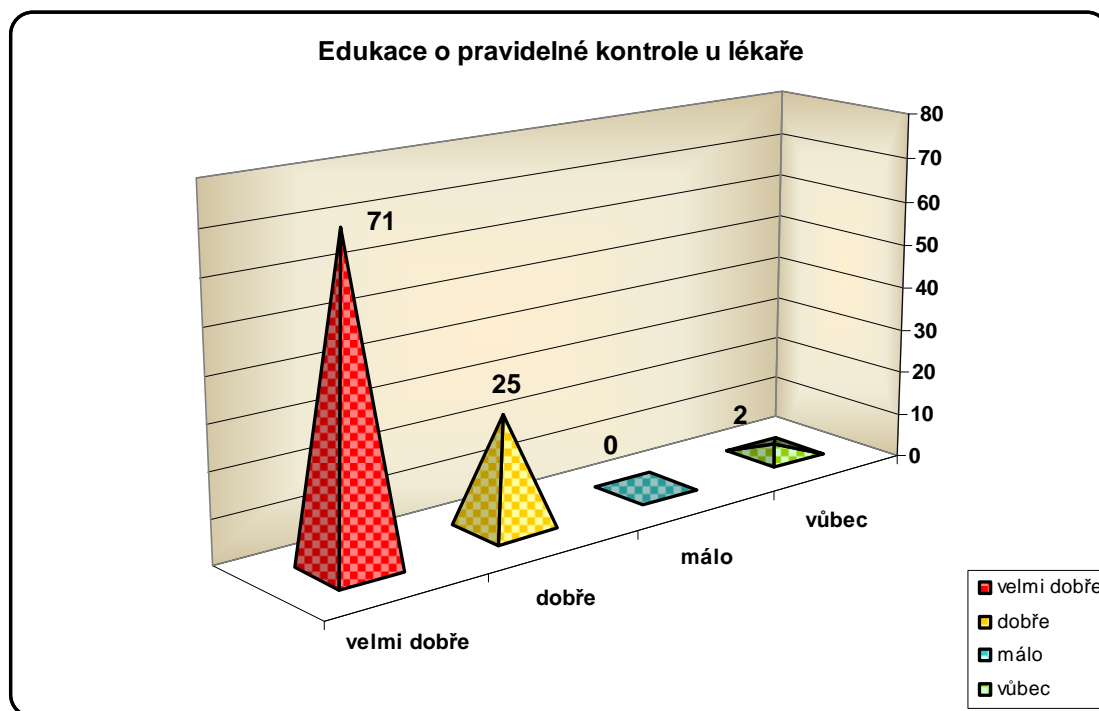
Položka č. 9c: pravidelné kontroly portu u lékaře a jeho „údržba“

Třetí graf vypovídá o kvalitě edukace vztahující se k pravidelným kontrolám u lékaře včetně „údržby portu“. Na otázku odpověděli všichni dotazovaní, tj. 98 (100 %) respondentů, a jak vyplývá z jednotlivých odpovědí, převážná většina 71 (72 %) respondentů hodnotila edukaci velmi dobře. Podstatně menší část 25 (26 %) dotazovaných označilo edukaci jako dobrou. 2 (2 %) respondenti nebyli edukováni vůbec. Odpověď „byl jsem edukován málo“ se nevyskytla. Pokud bychom označili odpovědi číselnou hodnotou (známkou) od 1 do 4, vycházela by průměrná známka 1,32.

Tabulka 19 – Edukace o pravidelné kontrole u lékaře

Poučen o kontrole včetně „údržby“ portu	n_i	f_i
velmi dobře	71	72
dobře	25	26
málo	0	0
vůbec	2	2
Celkem	98	100

Graf 13 – Edukace o pravidelné kontrole u lékaře



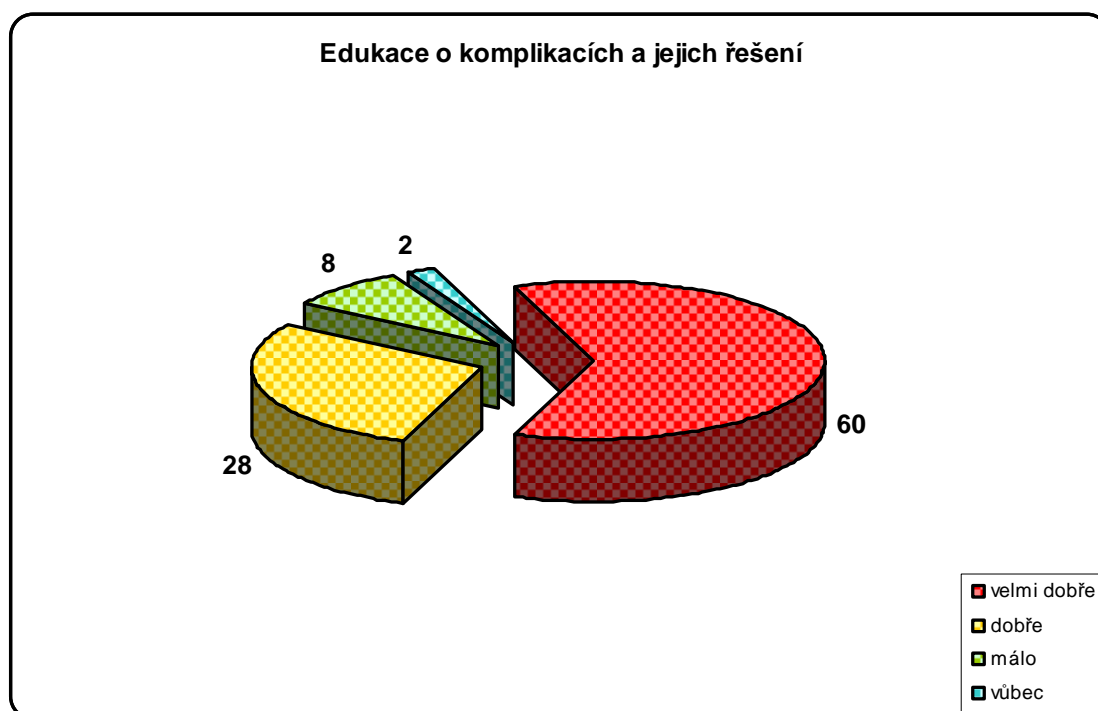
Položka č. 9d: komplikace, se kterými se můžete setkat a jejich řešení (zarudnutí kůže, otok, bolest, modřina) v místě portu

Čtvrtý graf vypovídá o kvalitě edukace týkající se možných komplikací a způsobu jejich řešení. Na otázku odpověděli všichni dotazovaní, tj. 98 (100 %) respondentů, a jak vyplývá z jednotlivých odpovědí, převážná většina 60 (61 %) respondentů hodnotila edukaci velmi dobře. Podstatně menší část 28 (29 %) dotazovaných označilo edukaci jako dobrou. Málo bylo edukováno 8 (8 %) respondentů. 2 (2 %) respondenti nebyli edukováni vůbec. Pokud bychom označili odpovědi číselnou hodnotou (známkou) od 1 do 4, vycházela by průměrná známka 1,61.

Tabulka 20 – Edukace o možných komplikacích a jejich řešení

Poučení o možných komplikacích	n_i	f_i
velmi dobře	60	61
dobře	28	29
málo	8	8
vůbec	2	2
Celkem	98	100

Graf 14 – Edukace o možných komplikacích a jejich řešení



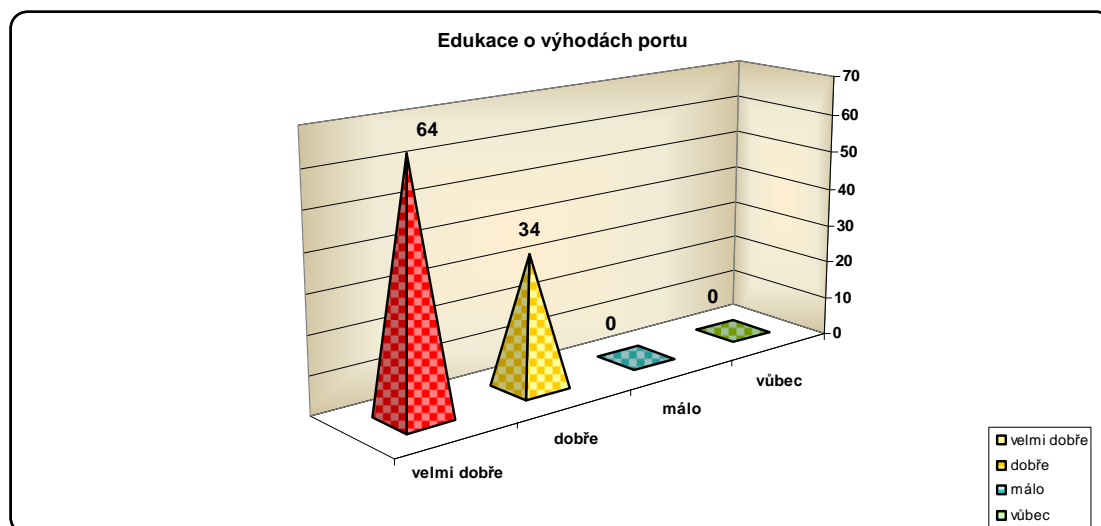
Položka č. 9e: výhody, které Vám port přinese (v čem Vám pomůže)

Pátý graf vypovídá o kvalitě edukace, jež se týká poskytnutých informací o výhodách portu. Na otázku odpověděli všichni dotazovaní, tj. 98 (100 %), respondentů a jak vyplývá z jednotlivých odpovědí, převážná většina 64 (65 %) respondentů hodnotila edukaci velmi dobře. Podstatně menší část 34 (35 %) dotazovaných označilo edukaci jako dobrou. Nikdo neodpověděl: „byl jsem edukován málo nebo vůbec“. Pokud bychom označili odpovědi číselnou hodnotou (známkou) od 1 do 4, vycházela by průměrná známka 1,35.

Tabulka 21 – Edukace o výhodách portu

Poučen o výhodách portu	n_i	f_i
velmi dobře	64	65
dobře	34	35
málo	0	0
vůbec	0	0
Celkem	98	100

Graf 15 – Edukace o výhodách portu



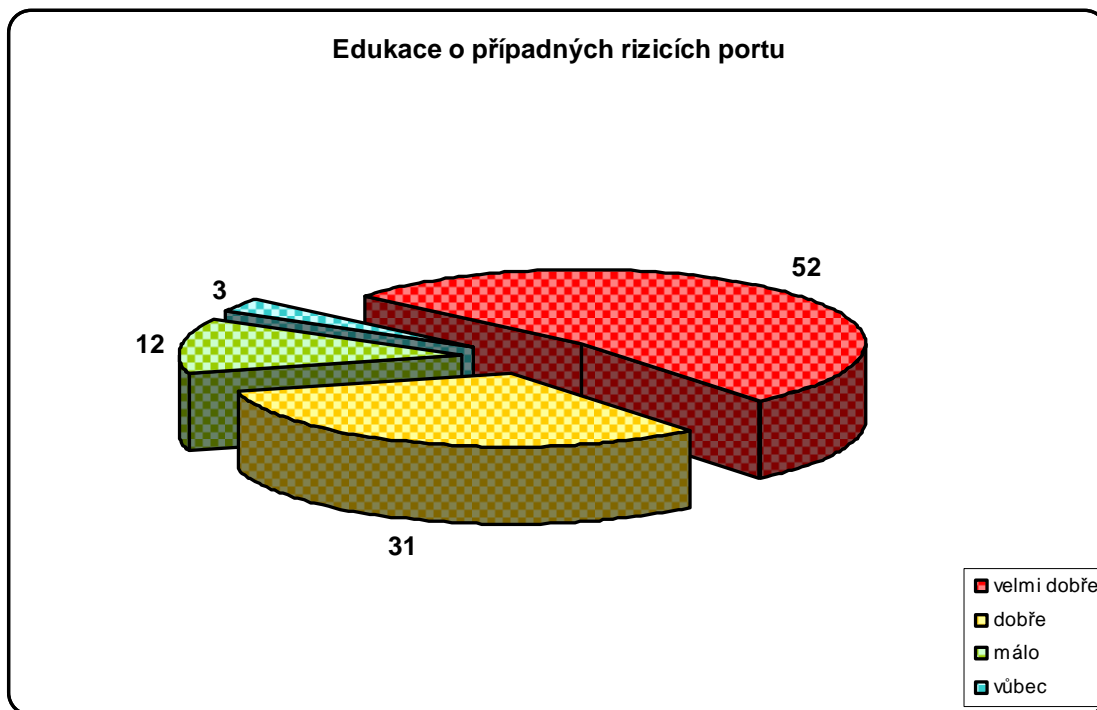
Položka č. 9f: případná rizika, která Vám port může přinést

Poslední graf vypovídá o kvalitě edukace v oblasti případných rizik, která s sebou může port přinést. Na otázku odpověděli všichni dotazovaní, tj. 98 (100 %) respondentů, a jak vyplývá z jednotlivých odpovědí, 52 (53 %) respondentů hodnotilo edukaci velmi dobře. Poněkud méně 31 (32 %) dotazovaných označilo edukaci jako dobrou. 12 (12 %) respondentů sdělilo, že byli edukováni málo a zbylí 3 (3 %) respondenti nebyli edukováni vůbec. Pokud bychom označili odpovědi číselnou hodnotou (známkou) od 1 do 4, vycházela by průměrná známka 1,65.

Tabulka 22 – Edukace o případných rizicích portu

Poučen o rizicích portu	n_i	f_i
velmi dobře	52	53
dobře	31	32
málo	12	12
vůbec	3	3
Celkem	98	100

Graf 16 – Edukace o případných rizicích portu



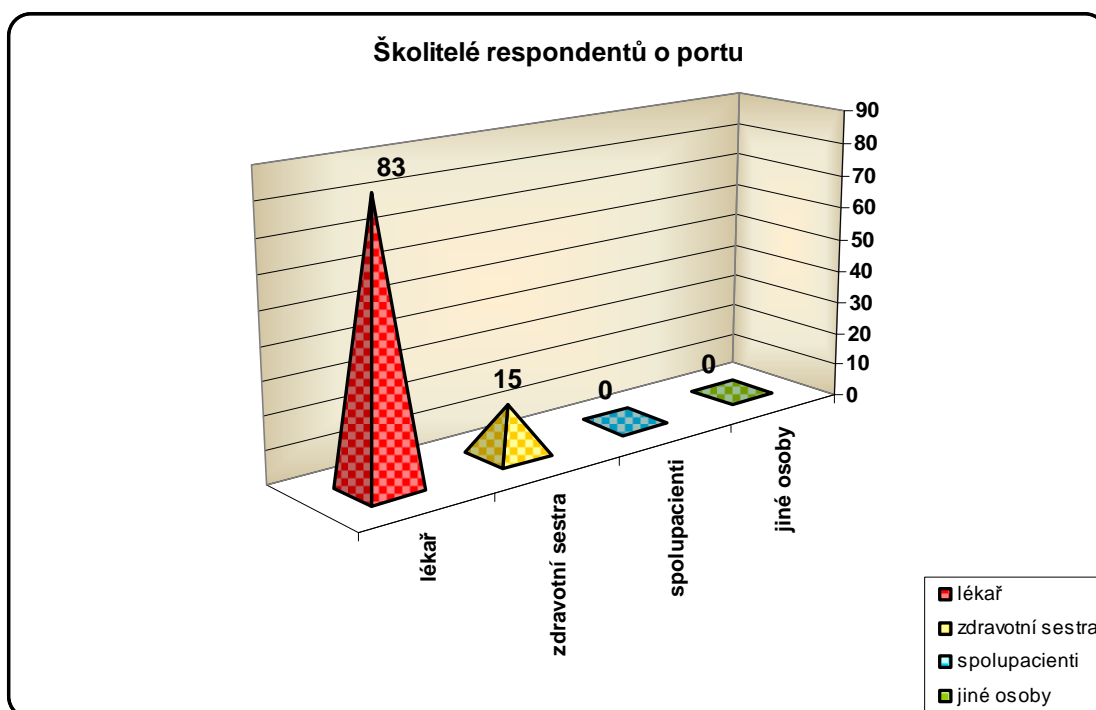
Položka č. 10: Kdo Vás o problematice portu nejlépe poučil?

Z celkového počtu 98 (100 %) respondentů se vydělily dvě skupiny, přičemž 83 (85 %) respondentů bylo edukováno lékařem a 15 (15 %) respondentů poučila zdravotní sestra. Žádný z dotazovaných neuvedl spolupacienta nebo jiný zdroj.

Tabulka 23 – Školitelé respondentů o implantabilním portu

Školitel	n_i	f_i
lékař	83	85
zdravotní sestra	15	15
spolupacienti	0	0
jiní	0	0
Celkem	98	100

Graf 17 – Školitelé respondentů o implantabilním portu



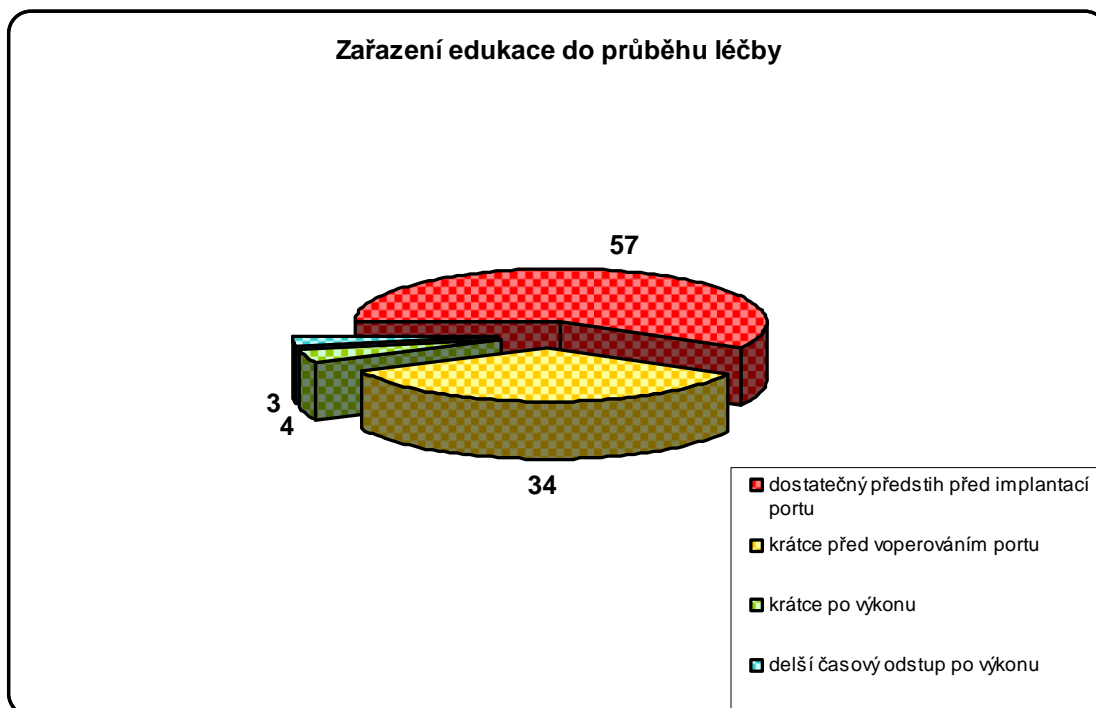
Položka č. 11: Kdy jste byl/a o problematice portu nejvíce poučen/a?

Na položenou otázku opět odpověděl plný počet, tj. 98 (100 %) dotazovaných. Odpovědi jsou rozděleny do čtyřech kategorií, přičemž u 57 (58 %) respondentů proběhla edukace v dostatečném předstihu před samotnou implantací portu. Krátce před voperováním portu bylo edukováno 34 (35 %) dotazovaných. Krátce po výkonu byli edukováni 4 (4 %) respondenti. A konečně poslední skupina 3 (3 %) respondentů byla edukována v delším časovém odstupu po výkonu.

Tabulka 24 – Zařazení edukace do průběhu léčby

Zařazení edukace do průběhu léčby	n_i	f_i
dostatečný předstih před implantací portu	57	58
krátce před voperováním portu	34	35
krátce po výkonu	4	4
delší časový odstup po výkonu	3	3
Celkem	98	100

Graf 18 – Zařazení edukace do průběhu léčby



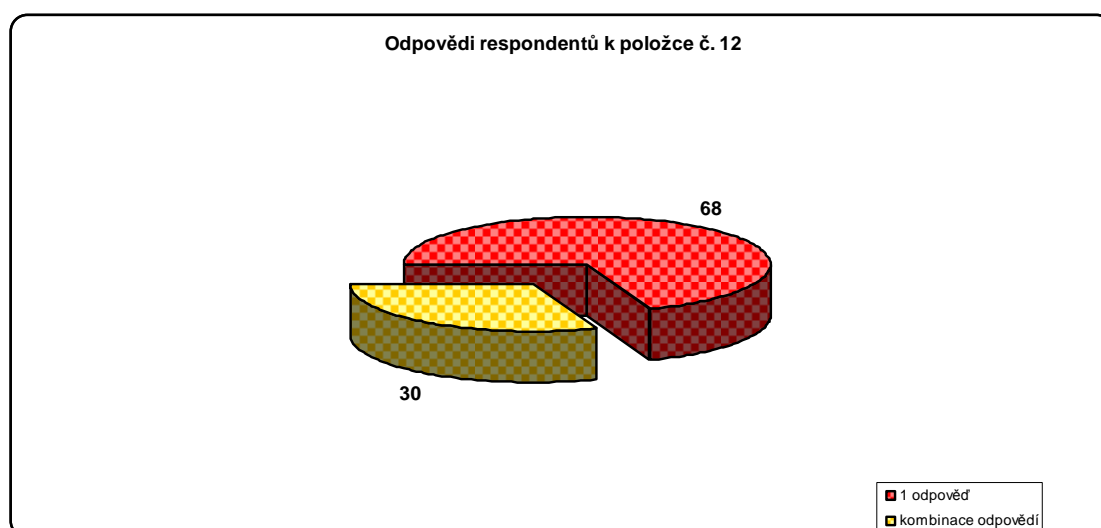
Položka č. 12: Jakou metodou jste byl/a o problematice portu poučen/a?

Pro správné vyhodnocení dotazníkové položky č. 12 je nutno nejdříve vyhodnotit odpovědi, které byly jednoznačné a dále pak ty, jež měly více variant. Z celkového počtu 98 (100 %) respondentů uvedlo 68 (69 %) respondentů 1 odpověď, zatímco takřka 1/3, tj. 30 (31 %) osob, uvedla dvojkombinaci, případně trojkombinaci odpovědí.

Tabulka 25 – Odpovědi respondentů k položce č. 12

Metoda edukace odpovědi respondentů	n_i	f_i
1 odpověď	68	69
kombinace odpovědí	30	31
Celkem	98	100

Graf 19 – Odpovědi respondentů k položce č. 12

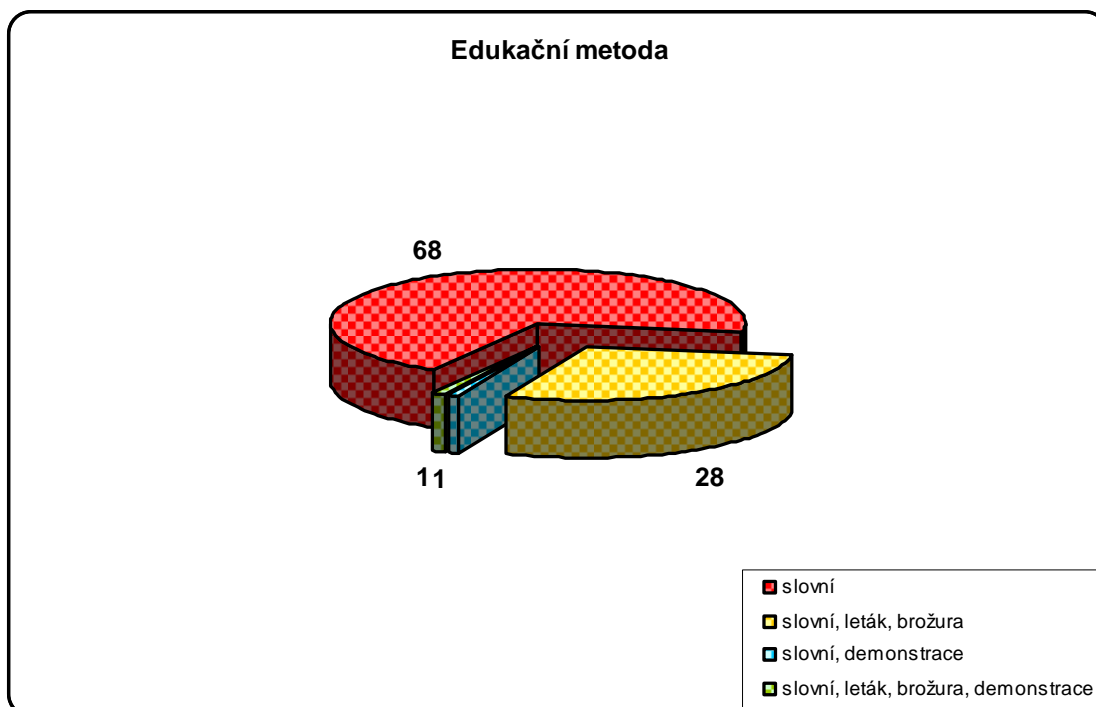


Jak je zjevné z následující tabulky, jednoznačně odpovědělo 68 (69 %) respondentů, že byli poučeni slovně. Ze zbývajících 30 (31 %) respondentů 28 (29 %) z nich uvedlo, že byli poučeni slovně v kombinaci s letákem a brožurou. 1 (1 %) respondent uvedl, že byl poučen slovní formou a demonstrací. Zbývajících 1 (1 %) respondent sdělil, že poučení bylo rovněž kombinované – slovní, letákem, brožurou i demonstrací.

Tabulka 26 – Metoda edukace

Metoda edukace	n_i	f_i
slovní	68	68
slovní, leták, brožura	28	29
slovní, demonstrace	1	1
slovní, leták, brožura, demonstrace	1	1
Celkem	98	100

Graf 20 – Metoda edukace



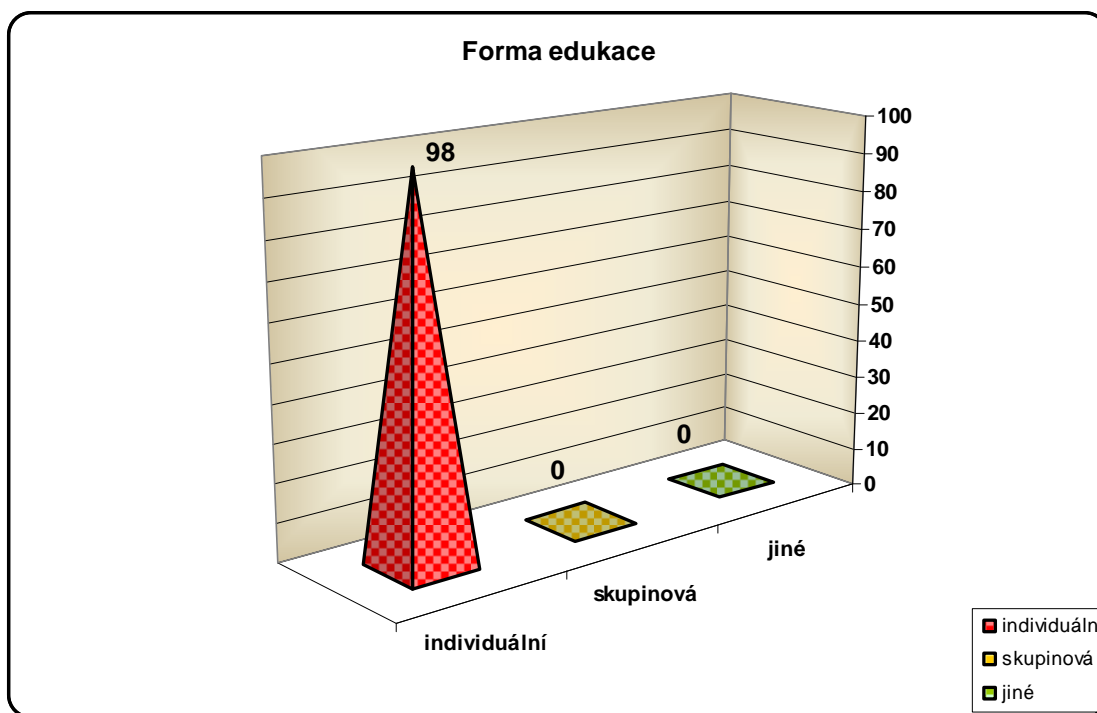
Položka č. 13: Jakou formou jste byl/a o problematice portu poučen/a?

Tabulka č. 13 jednoznačně uvádí, že forma použitá k edukaci pacientů byla individuální, neboť 98 (100 %) respondentů sdělilo uvedenou skutečnost.

Tabulka 27 – Forma edukace

Forma edukace	n_i	f_i
individuálně	98	100
ve skupině	0	0
jiné	0	0
Celkem	98	100

Graf 21 – Forma edukace



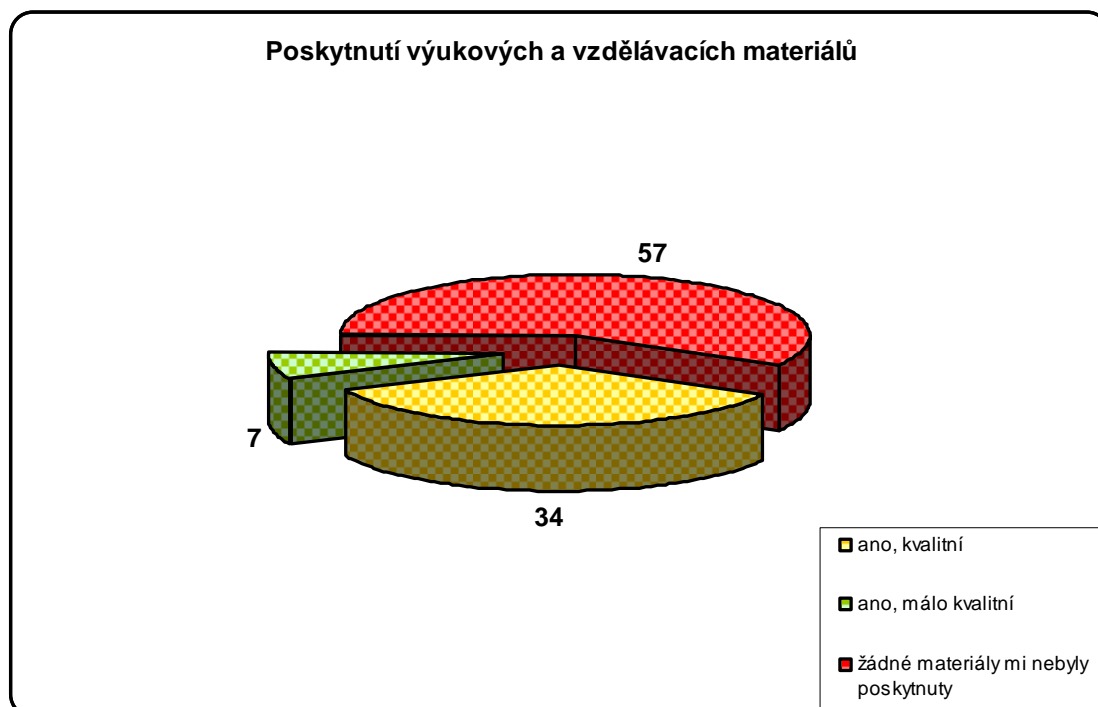
Položka č. 14: Poskytl Vám zdravotnický personál (ZP) k prostudování nějaké výukové, vzdělávací materiály (např. brožury, letáky, internetovou adresu, na které je možno najít danou problematiku atd.)?

Na otázku, poskytl Vám zdravotnický personál k prostudování nějaké výukové, vzdělávací materiály, se 57 (58 %) dotazovaných vyjádřilo, že neobdrželo žádné materiály k výuce. Dalších 34 (35 %) respondentů odpovědělo, že obdrželi materiály kvalitního rázu. Zbývajícím 7 (7 %) respondentům se do rukou sice dostaly výukové vzdělávací materiály, avšak dle jejich výpovědí byly málo kvalitní.

Tabulka 28 – Poskytnutí výukových vzdělávacích materiálů

Poskytnuté výukové, vzdělávací materiály	n_i	f_i
ano, kvalitní	34	35
ano, málo kvalitní	7	7
žádné materiály mi nebyly poskytnuty	57	58
Celkem	98	100

Graf 22 – Poskytnutí výukových a vzdělávacích materiálů



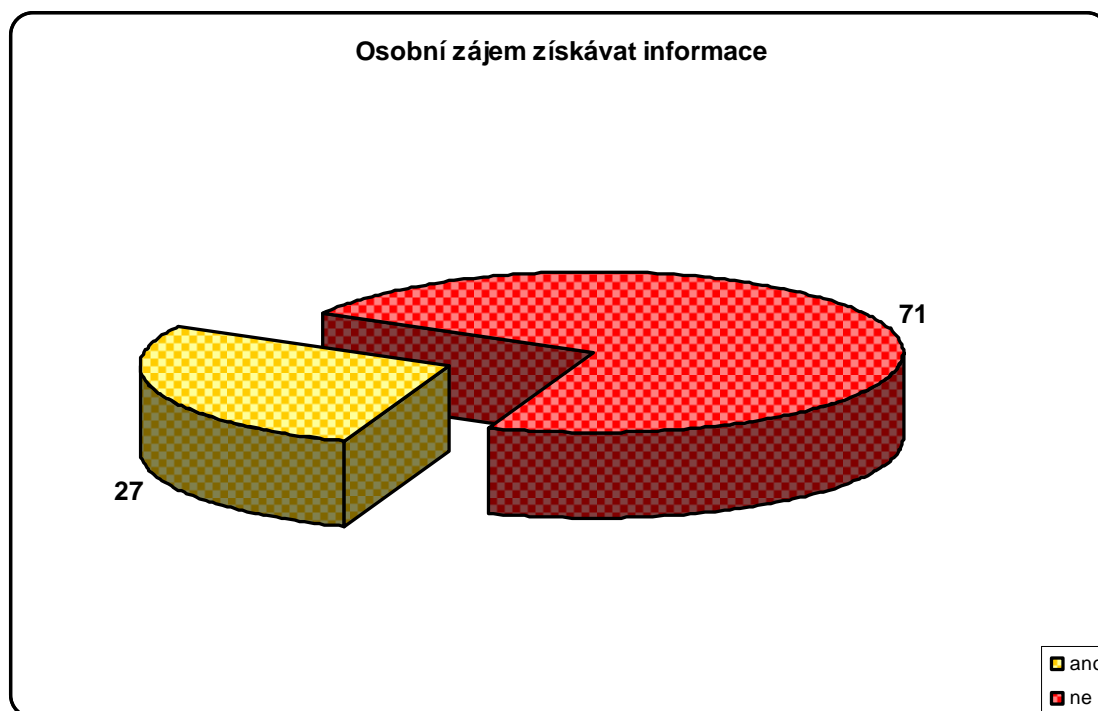
Položka č. 15: Vyhledával/a a studoval/a jste informace o problematice portů formou samostudia (sám bez pomoci jiné osoby)?

Následující otázka řešila, zda odpovídající získávali informace samostatně. Převážná většina 71 (72 %) dotazovaných z celkového počtu 98 (100 %) uvedla odpověď: „Samostatně jsem se nezajímal o tyto informace“. Zbytek 27 (28 %) respondentů uvedlo odpověď: „Ano, samostatně jsem se zajímal o informace týkající se dané problematiky“.

Tabulka 29 – Osobní zájem získávat informace

Osobní zájem o informace	n_i	f_i
ano	27	28
ne	71	72
Celkem	98	100

Graf 23 – Osobní zájem získávat informace

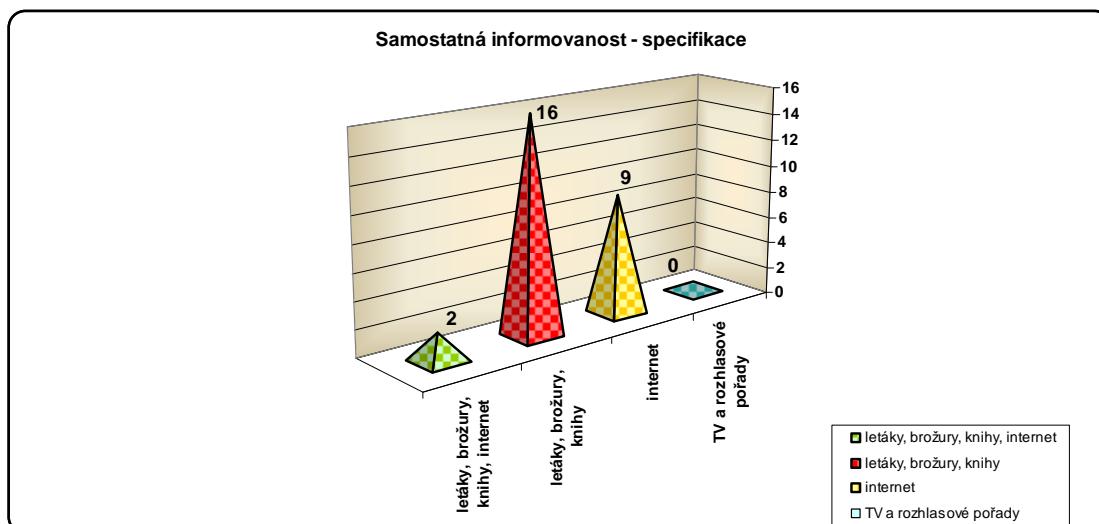


Z vyhodnocených odpovědí 27 (28 %) respondentů, kteří samostatně vyhledávali informace, bylo nejvíce těch, tj. 16 (17 %), co využili ke studiu letáků, brožur a knih. Poněkud méně 9 (9 %) respondentů získalo informace prostřednictvím internetu a nejméně 2 (2 %) byli ti, kteří čerpali informace z letáků, brožur, knih i z internetu. Žádný respondent neuvedl, že by informace obdržel z televizních a rozhlasových pořadů.

Tabulka 30 – Samostatná informovanost - specifikace

Cesta samostatné informovanosti	n_i	f_i
letáky, brožury, knihy	16	17
internet	9	9
televizní a rozhlasové pořady	0	0
letáky, brožury, knihy + internet	2	2
Celkem	27	28

Graf 24 – Samostatná informovanost - specifikace



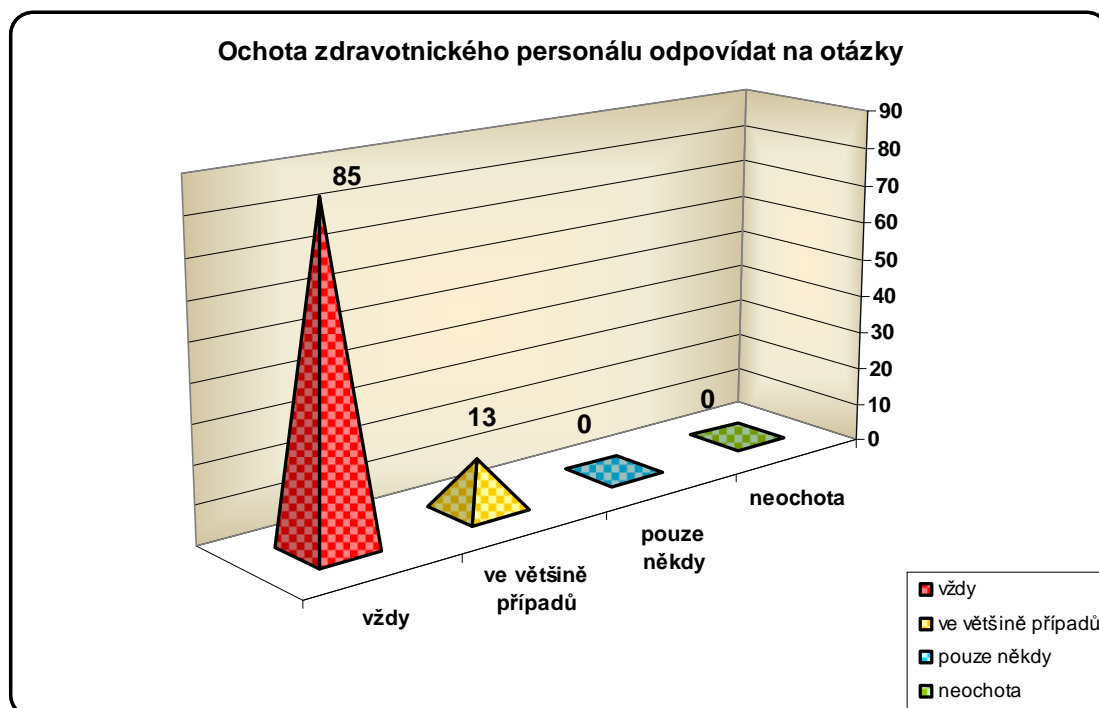
Položka č. 16: Byl zdravotnický personál ochoten odpovídat na Vaše případné otázky?

Většina 85 (87%) respondentů ze všech dotázaných 98 (100 %) potvrdila ochotu zdravotnického personálu vždy odpovědět na případné dotazy. Odpověď „ve většině případů byl personál ochoten zodpovědět případné dotazy“, se vyskytla u 13 (13 %) osob. Případy, kdy zdravotnický personál byl ochoten odpovídat na dotazy pouze někdy nebo nebyl ochoten odpovídat vůbec, se mezi výpověďmi respondentů nevyskytly vůbec.

Tabulka 31 – Ochota zdravotnického personálu odpovídat na otázky

Ochota ZP odpovídat na dotazy	n_i	f_i
vždy	85	87
ve většině případů	13	13
pouze někdy	0	0
nebyl ochoten	0	0
Celkem	98	100

Graf 25 – Ochota zdravotnického personálu odpovídat na otázky



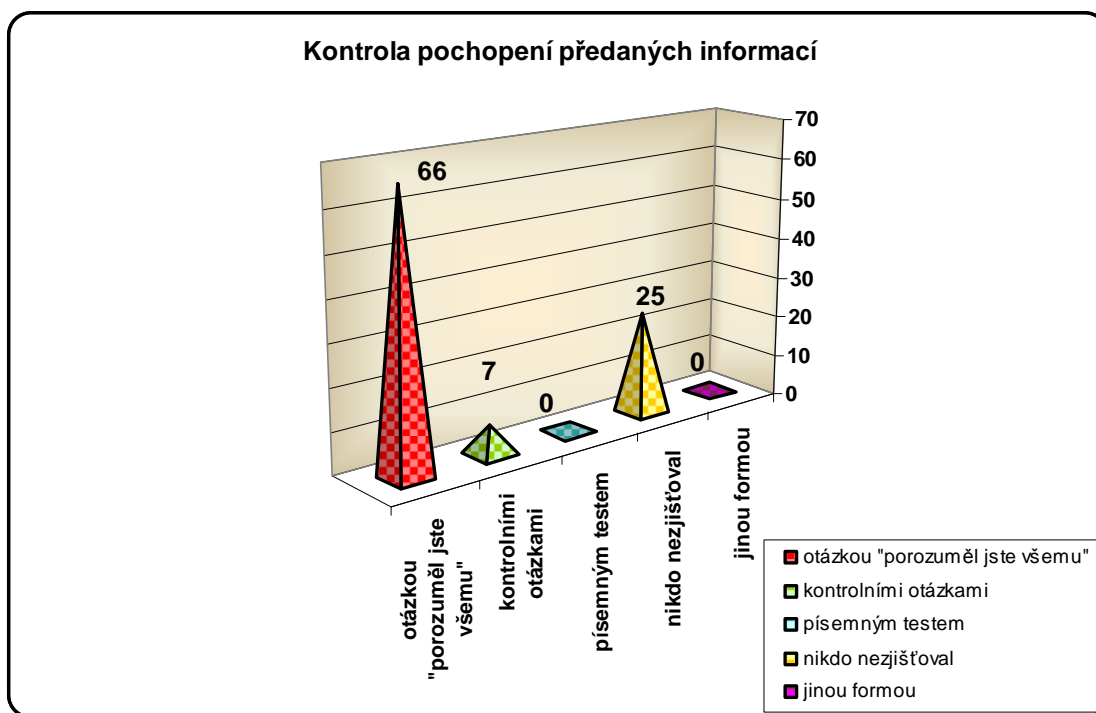
Položka č. 17: Jak si zdravotnický personál ověřil, zda jste podaným informacím porozuměl/a?

Z celkového počtu 98 (100 %) respondentů jich 66 (67 %) kladlo důraz na odpověď, že se setkali s otázkou „porozuměla jste všemu?“. U 25 (26 %) odpovídajících nikdo nezjišťoval, zda klient pochopil poskytnuté informace. 7 (7 %) dotazovaných uvedlo, že se jim dostalo položení kontrolních otázek. V žádném případě se nevyskytla kontrola pochopení předaných informací testem či jinou formou.

Tabulka 32 – Kontrola pochopení předaných informací

Kontrola pochopení edukace	n_i	f_i
otázkou: „porozuměl jste všemu“?	66	67
položením kontrolních otázek	7	7
písemným testem	0	0
nikdo nezjišťoval, zda jsem porozuměl	25	26
jinou formou	0	0
Celkem	98	100

Graf 26 – Kontrola pochopení předaných informací



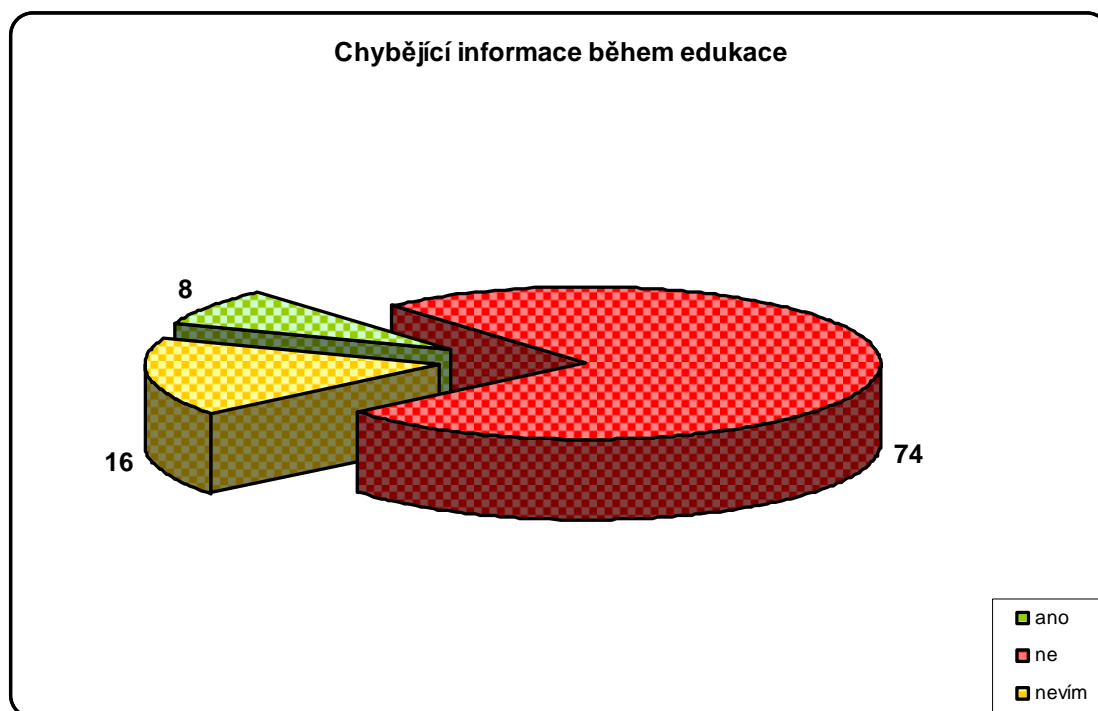
Položka č. 18: Postrádal/a jste během edukace nějaké informace?

Z 98 (100 %) respondentů bylo 74 (76 %) přesvědčeno, že jim personál „nezatajil“ žádné informace, 16 (16 %) dotazovaných nevědělo, zda obdrželi úplné informace a zbylých 8 (8 %) postrádalo v průběhu edukace nějaké informace.

Tabulka 33 – Chybějící informace během edukace

Neúplná informovanost	n_i	f_i
ano	8	8
ne	74	76
nevím	16	16
Celkem	98	100

Graf 27 – Chybějící informace během edukace



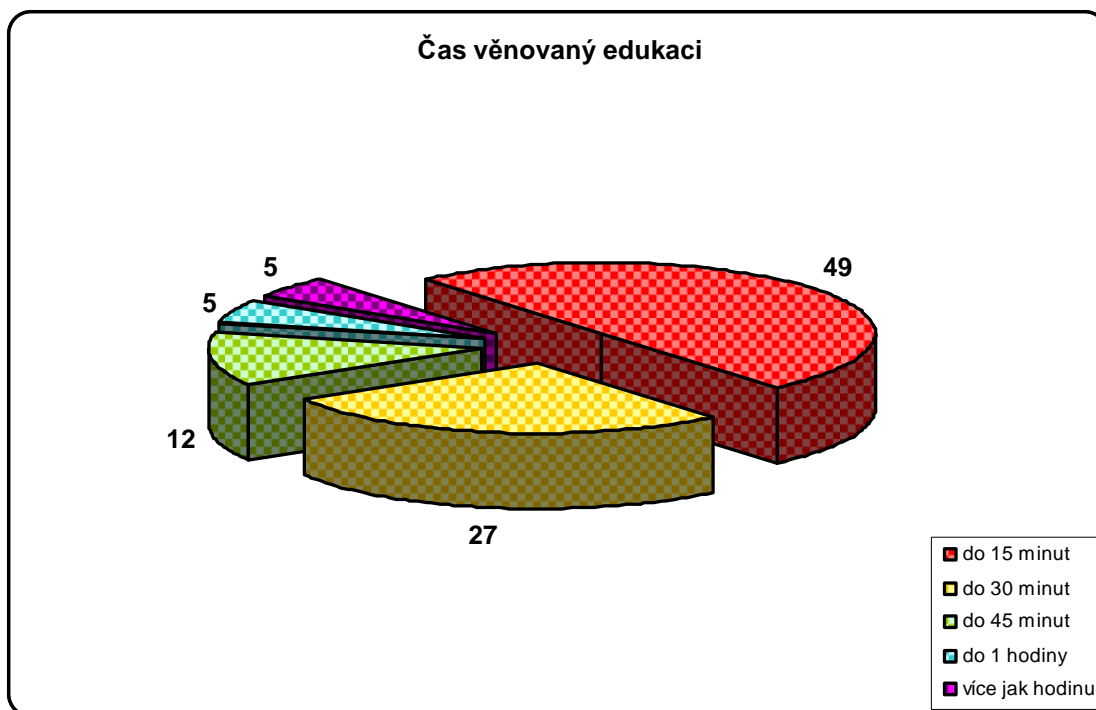
Položka č. 19: Kolik času bylo přibližně věnováno edukaci?

49 (50 %) respondentů z celkového počtu 98 (100 %) dotázaných uvedlo, že délka edukace byla do 15 minut. Hranici půl hodiny věnoval zdravotnický personál 27 (28 %) dotázaným. Do 45 minut se vešlo 12 (12 %) respondentů. Zhruba 1 hodina byla věnována pro edukaci dle 5 (%) respondentů. V pěti (5 %) případech byla zaznamenána odpověď, že edukace trvala déle jak 1 hodinu. Průměrný čas věnovaný edukaci byl 29 minut, pokud budeme uvažovat, že čas nad 1 hodinu činil maximálně 90 minut.

Tabulka 34 – Čas věnovaný edukaci

Čas věnovaný edukaci	n_i	f_i
do 15 minut	49	50
do 30 minut	27	28
do 45 minut	12	12
do 1 hodiny	5	5
více jak 1 hodinu	5	5
Celkem	98	100

Graf 28 – Čas věnovaný edukaci



Položka č. 20: Přijdete-li do jiného zdravotnického zařízení, než na Hemato-onkologickou kliniku FN Olomouc, kde Vám byl port voperován, jak se zachováte?

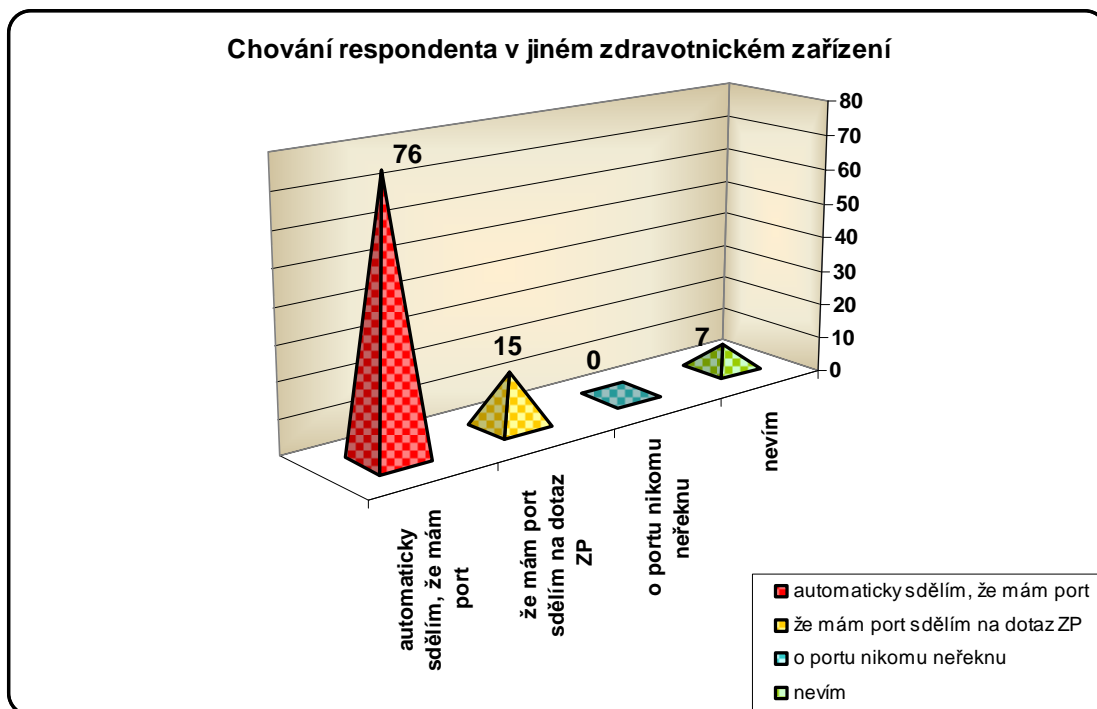
Účelem tohoto dotazu bylo zjistit chování respondentů ve zdravotnickém zařízení odlišném od toho, ve kterém byl port implantován. Jednalo se o uzavřenou položku, kde byla správná pouze jedna odpověď – „přijdou-li do jiného zdravotnického zařízení, musí automaticky sdělit, že jsou nositeli portu“.

Z celkového počtu 98 (100 %) dotázaných jich největší část, tj. 76 (78 %) automaticky sdělí, že jsou nositeli portu, což je jediná správná odpověď. Výrazně v menším měřítku tuto skutečnost sdělí na cílený dotaz zdravotnického personálu 15 (15 %) respondentů. Odpověď „nevím“ jsme mohli zaznamenat u 7 (7 %) dotázaných. A konečně poslední možnost odpovědi „o svém portu pacient nikomu neřekne, neboť předpokládá, že si portu zdravotnický personál všimne“, ne zvolil žádný respondent.

Tabulka 35 – Chování respondenta v jiném zdravotnickém zařízení

Chování respondenta	n_i	f_i
automaticky sdělí, že je nositel portu	76	78
skutečnost sdělí na cílený dotaz ZP	15	15
o portu nikomu neřekne, předpokládá, že si portu ZP všimne	0	0
nevím	7	7
Celkem	98	100

Graf 29 – Chování respondenta v jiném zdravotnickém zařízení



Položka č. 21: Je povoleno do Vašeho portu napichovat i jiné jehly než speciální portové jehly (jako je např. Huberova jehla)?

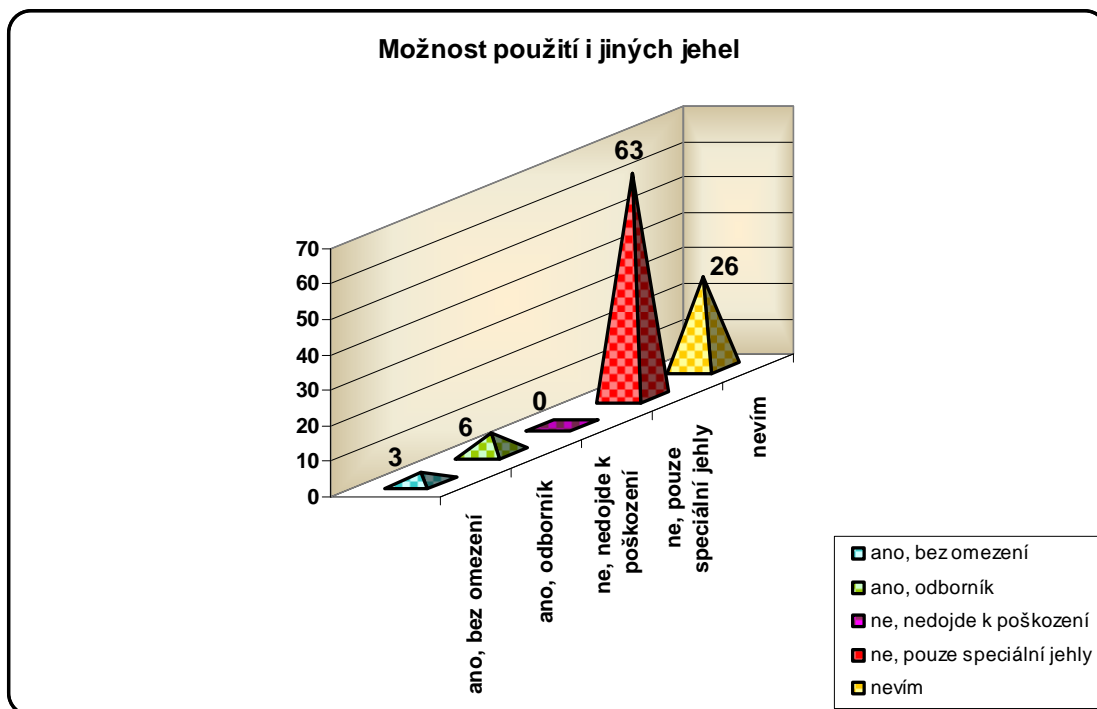
Položený dotaz ověřoval znalost respondentů o používání různých druhů jehel při manipulaci s portem. Šlo taktéž o uzavřenou položku, kde byla správná pouze jedna odpověď, a to: „do portu je povoleno napichovat pouze speciální portové jehly, neboť jiné jehly mohou způsobit nenapravitelné poškození membrány portu“.

Z celkového počtu 98 (100 %) respondentů jich 63 (64 %) odpovědělo správně, tj. do portu je povoleno napichovat pouze speciální portové jehly, neboť jiné jehly mohou způsobit nenapravitelné poškození membrány portu. Dalších 26 (27 %) dotázaných neumělo na otázku odpovědět, 6 (6 %) respondentů uvedlo, že je povoleno použít i jiné jehly, než speciální portové jehly, pokud toto provádí vyškolený pracovník. Zbývající 3 (3 %) respondenti zastávali názor, že lze při manipulaci s portem použít jakékoliv jehly bez omezení. Žádný respondent nezvolil odpověď „do portu není povoleno napichovat jiné jehly, avšak jinými jehlami nemůže být port poškozen“. Z uvedených odpovědí je správná pouze ta, kterou uváděl největší počet dotázaných.

Tabulka 36 – Možnost použití i jiných jehel

Použití i jiných jehel	n_i	f_i
ano, bez omezení	3	3
ano, vyškoleným pracovníkem	6	6
ne, port nemůže být jinými jehlami poškozen	0	0
je povoleno napichovat pouze speciální portové jehly	63	64
nevím	26	27
Celkem	98	100

Graf 30 – Možnost použití i jiných jehel



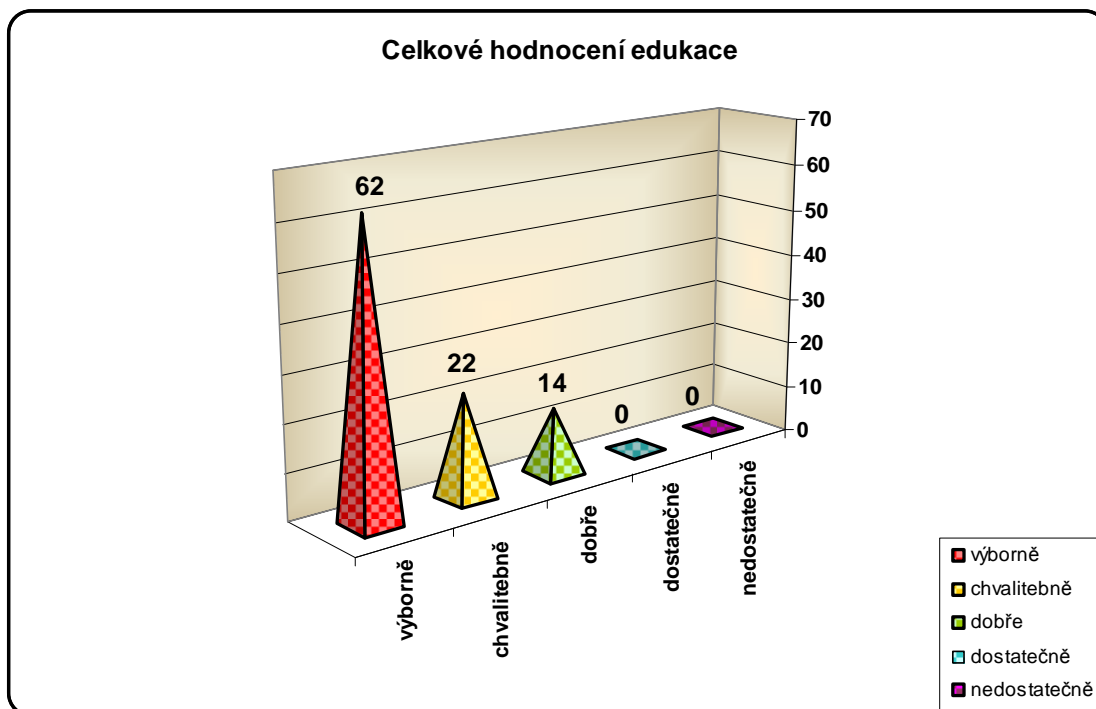
Položka č. 22: Jakou známkou byste celkově hodnotil/a edukaci (informace, instrukce, rady, výuku), kterou Vám zdravotnický personál poskytl ohledně problematiky Vašeho portu. Oznámkujte jako ve škole?

Na otázku, jakou známkou by respondenti hodnotili celkovou úroveň edukace, jich 62 (63 %) ohodnotilo edukaci známkou 1 (výborně), 22 (22 %) známkou 2 (velmi dobře), 14 (14 %) známkou 3 (dobře), a to z celkového počtu 98 (100 %) dotázaných. Znamky 4 (dostatečně) a 5 (nedostatečně) nebyly v hodnocení vůbec uvedeny. Průměrná známka vyšla 1,51.

Tabulka 37 – Celkové hodnocení edukace

Celkové hodnocení edukace	n_i	f_i
1 (výborně)	62	63
2 (velmi dobře)	22	22
3 (dobře)	14	14
4 (dostatečně)	0	0
5 (nedostatečně)	0	0
Celkem	98	100

Graf 31 – Celkové hodnocení edukace



3.4.3 Spokojenost pacienta s portem

Na tuto problematiku byly zaměřeny položky 23-32 ze III. části dotazníku.

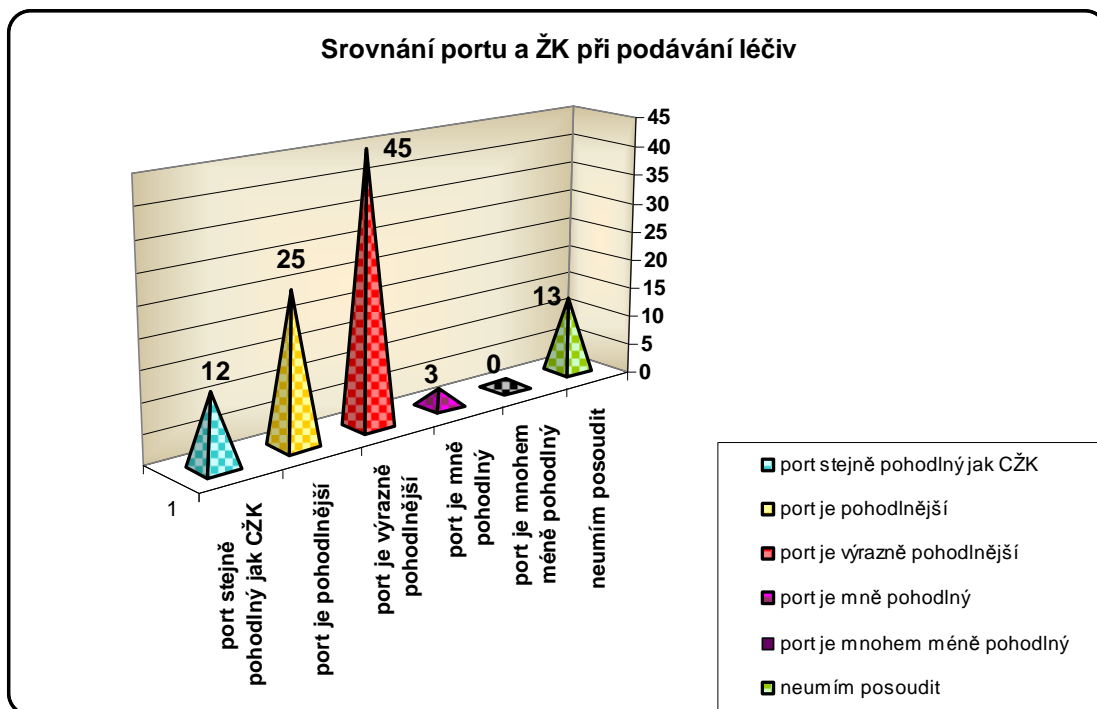
Položka č. 23: Jak byste srovnal/a pohodlí při podávání léčiv (injekcí a infuzí) do portu s podáváním léčiv do žilního katétru (periferní žíly na končetině nebo centrální žíly na krku nebo v třísle)?

Z celkového počtu 98 (100 %) dotázaných jich převážná většina, tj. 70 (72 %) hodnotila používání portu jako pohodlnější než užívání žilního katétru, 45 (46 %) dotázaných zaznačilo odpověď „podávání léčiv do portu je pro mě výrazně pohodlnější, než podávání léčiv do žilního katétru; 25 (26 %) respondentů uvedlo, že „podávání léčiv do portu je pro ně pohodlnější, než podávání léčiv do žilního katétru“. Menší počet, tj. 13 (163 %) respondentů ze všech dotázaných, pak sdělil „neumím posoudit pohodlnost portu a žilního katétru, neboť mi byly léky podávány pouze do portu“. Pro 12 (12 %) odpovídajících se port jeví stejně pohodlný jako žilní katétr a toliko 3 (3 %) respondenti označili port jako méně pohodlný ve srovnání s žilním katétre. Odpověď „podání léčiv do portu je pro mě mnohem méně pohodlné oproti aplikaci do žilního katétru“ nebyla respondenty zaznačena v dotazníku vůbec.

Tabulka 38 – Porovnání portu a ŽK při aplikaci léčiv

Porovnání portu a ŽK při aplikaci léčiv	n_i	f_i
port je stejně pohodlný jako ŽK	12	12
port je pohodlnější než ŽK	25	26
port je výrazně pohodlnější než ŽK	45	46
port je méně pohodlný než ŽK	3	3
port je mnohem méně pohodlný než ŽK	0	0
neumím posoudit, léky byly podávány vždy do portu	13	13
Celkem	98	100

Graf 32 – Porovnání portu a ŽK při aplikaci léčiv



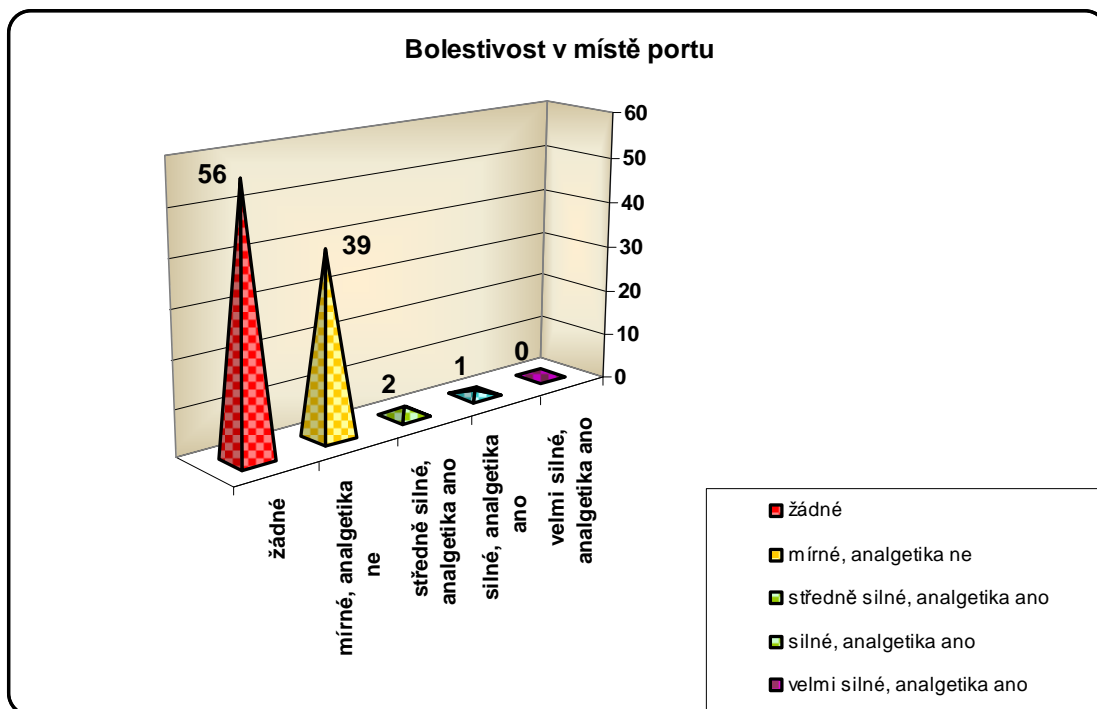
Položka č. 24: Pociťujete (pociťoval jste) bolesti v místě implantovaného venózního portu?

Při zkoumání bolestivosti v místě implantovaného portu uvedla nadpoloviční většina 56 (57 %) z celkového počtu 98 (100 %) respondentů, že nepociťuje v tomto místě žádné bolesti. Mírné bolesti bez omezení denních aktivit pociťuje 39 (40 %) dotázaných. Zanedbatelný počet, tj. 2 (2 %) respondenti, pociťují středně silné bolesti, které je částečně omezují a musí proto užívat analgetika. Téměř stejný počet 1 (1 %) dotázaný označil bolesti v místě implantovaného portu za silné. Proto, že ho bolesti částečně omezovaly v jeho denních činnostech, medikoval proto analgetika. Poslední odpověď „bolesti jsou dle mého hodnocení velmi silné, částečně mě omezují a musím užívat léky na bolest“ neuvedl žádný respondent.

Tabulka 39 – Bolestivost v místě portu

Bolestivost v místě portu	n_i	f_i
žádné bolesti	56	57
mírné bolesti, bez omezení denních aktivit	39	40
středně silné bolesti, částečné omezení denních aktivit, užívání analgetik	2	2
silné bolesti, částečné omezení denních aktivit, užívání analgetik	1	1
velmi silné bolesti, částečné omezení denních aktivit, užívání analgetik	0	0
Celkem	98	100

Graf 33 – Bolestivost v místě portu



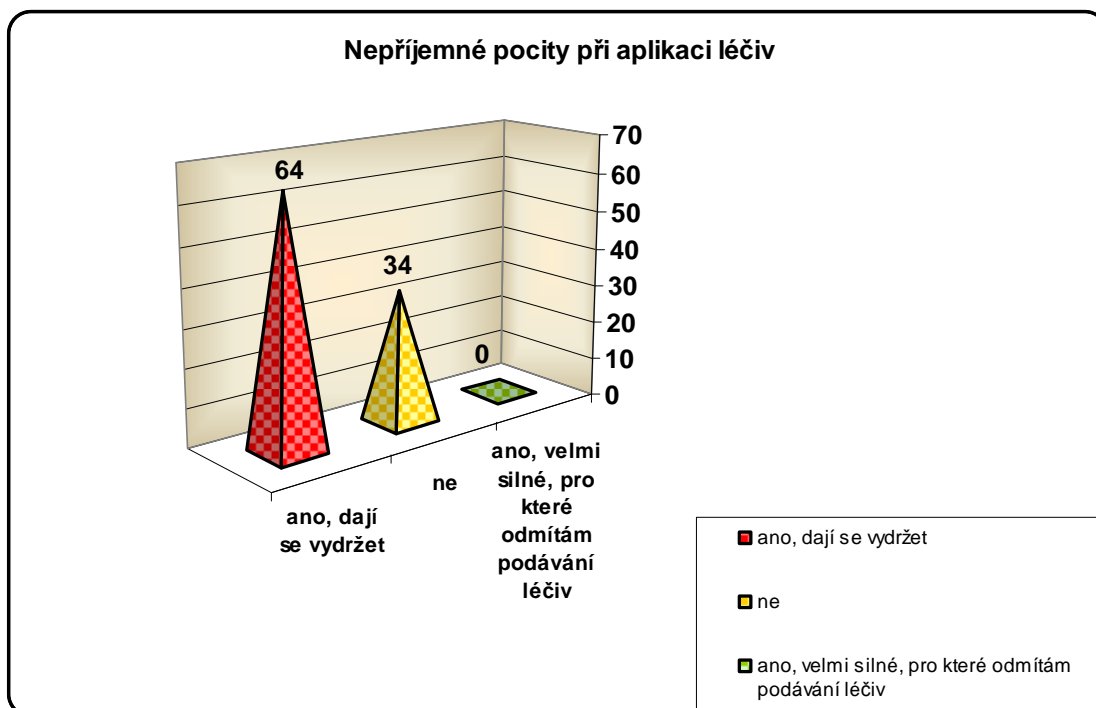
Položka č. 25: Pociťujete (pocíval jste) v průběhu podávání léčiv (injekcí a infuzí) do portu nepříjemné pocity?

Položka č. 25 zkoumá subjektivní pocit oslovených pacientů při podávání léčiv do portu. Ze tří možných odpovědí reagovali všichni dotázaní, tj. 98 (100 %) pouze na dvě z nich, a to tak, že 64 (65 %) respondentů uvedlo „při aplikaci léčiv do portu nemám nepříjemné pocity“. Menšina 34 (35 %) použila odpověď „při aplikaci léčiv do portu mám nepříjemné pocity, které lze vydržet“. Odpověď „mám velmi silné nepříjemné pocity, a proto touto cestou odmítám podávání léčiv“ nevyznačil v dotazníku ani jeden oslovený pacient.

Tabulka 40 – Nepříjemné pocity při aplikaci léčiv

Nepříjemné pocity při aplikaci léčiv	n_i	f_i
ne	64	65
ano, ale dají se vydržet	34	35
ano, velmi silné a proto touto cestou odmítám podání léčiv	0	0
Celkem	98	100

Graf 34 – Nepříjemné pocity při aplikaci léčiv



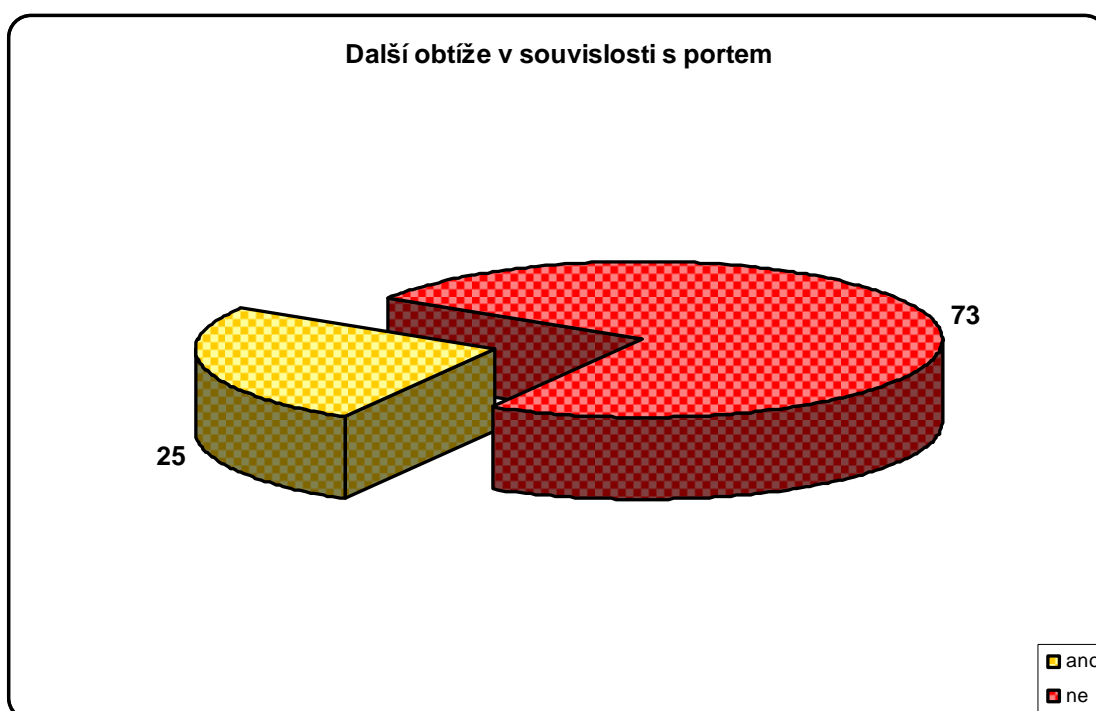
Položka č. 26: Máte (měl/a jste) nějaké další obtíže v souvislosti s implantovaným portem?

Následující položka řešila, zda měli respondenti další obtíže v souvislosti s implantovaným portem. Převážná většina 73 (74 %) dotazovaných z celkového počtu 98 (100 %) sdělila, že ne a zbylých 25 (26 %) z oslovených pacientů vyznačilo odpověď „ano, mám i jiné obtíže v souvislosti s implantovaným portem“. Nesourodost uváděných obtíží znemožňuje jejich objektivní statistické vyhodnocení.

Tabulka 41 – Další obtíže v souvislosti s portem

Další obtíže	n_i	f_i
ano	25	26
ne	73	74
Celkem	98	100

Graf 35 – Další obtíže v souvislosti s portem



Položka č. 27: Po jaké době se výše zmíněné potíže vyskytly?

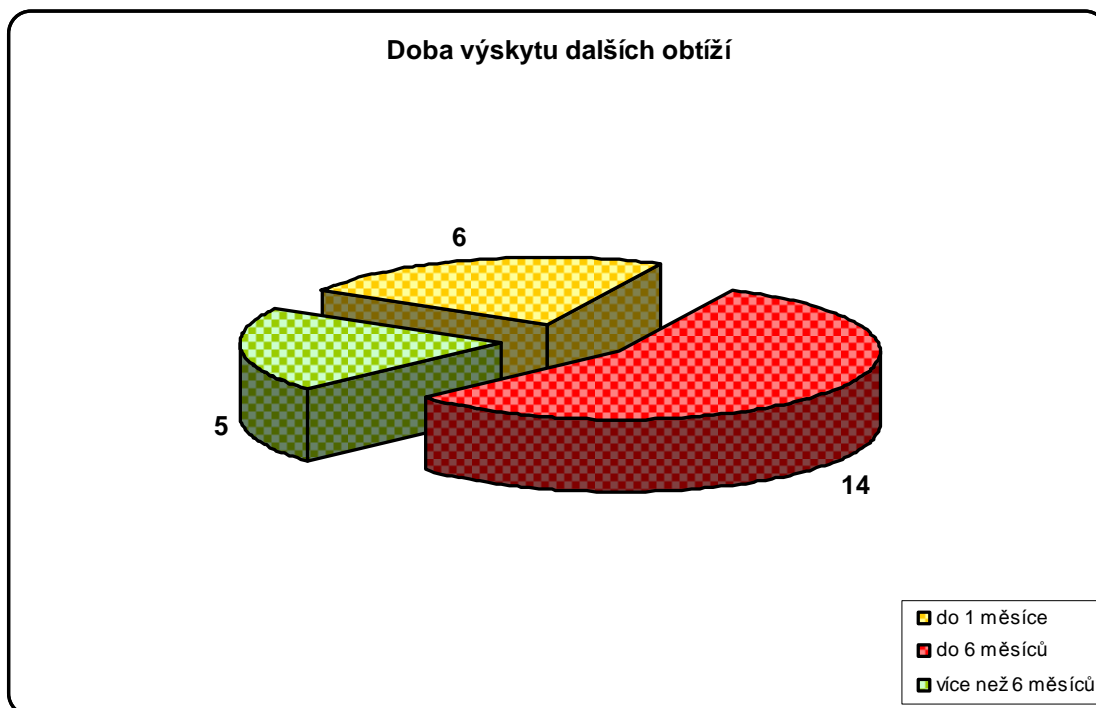
Zde jsou hodnoceny pouze odpovědi z předchozí položky, kdy oslovení pacienti uvedli výskyt potíží (tj. odpověď ano). Takovou odpověď uvedlo 25 (26 %) respondentů z celkového počtu 98 (100 %).

U 14 (15 %) respondentů nastaly další obtíže související s portem do 6 měsíců po jeho implantaci. 6 (6 %) dotazovaných datuje vznik potíží do 1 měsíce od voperování portu. Téměř stejný počet 5 (5 %) respondentů sděluje, že potíže nastaly po více než půl roce užívání portu.

Tabulka 42 – Doba výskytu dalších obtíží

Doba vzniku dalších obtíží	n_i	f_i
do 1 měsíce po implantaci	6	6
do 6 měsíců po implantaci	14	15
více než 6 měsíců po implantaci	5	5
Celkem	25	26

Graf 36 – Doba výskytu dalších obtíží



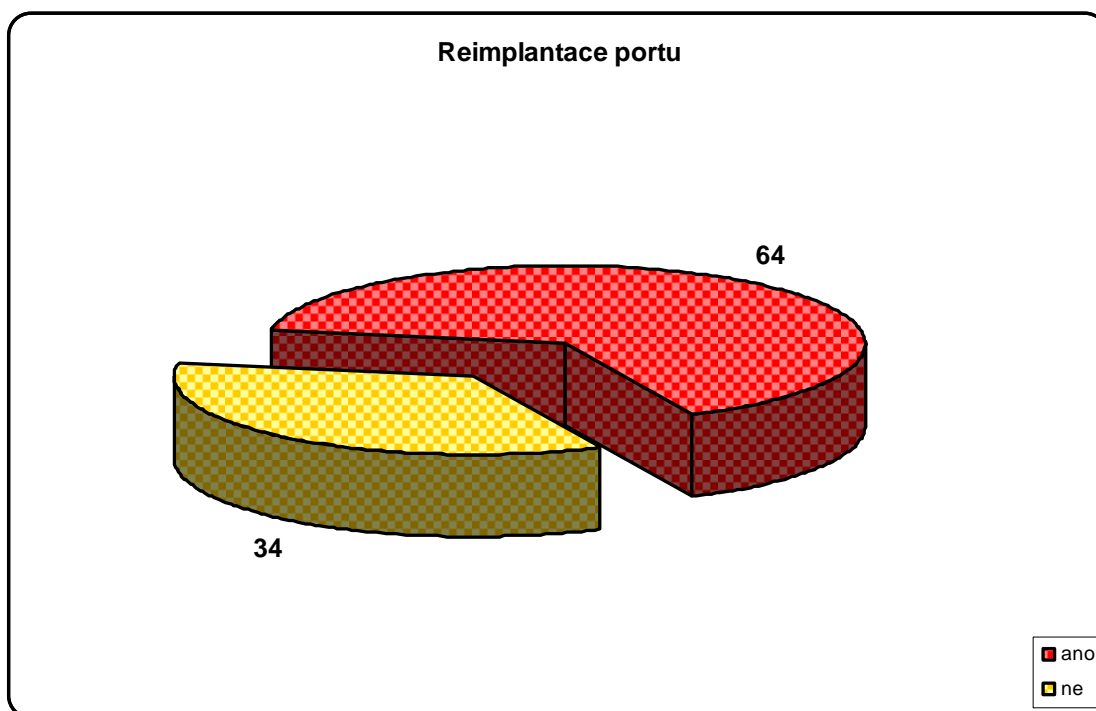
Položka č. 28: Kdybyste předem věděl/a o obtížích, které měly přímou souvislost s portem – nechal/a byste si port znovu implantovat (voperovat)?

Z celkového počtu 98 (100 %) respondentů se vyjádřily kladně takřka 2/3 dotázaných, což je 64 (65 %) bez ohledu na případné obtíže. Zhruba 1/3 respondentů po dosavadních zkušenostech uvedla odpověď „ne, nenechám si port znovu voperovat“.

Tabulka 43 – Reimplantace portu

Reimplantace portu	n_i	f_i
ano	64	65
ne	34	35
Celkem	98	100

Graf 37 – Reimplantace portu



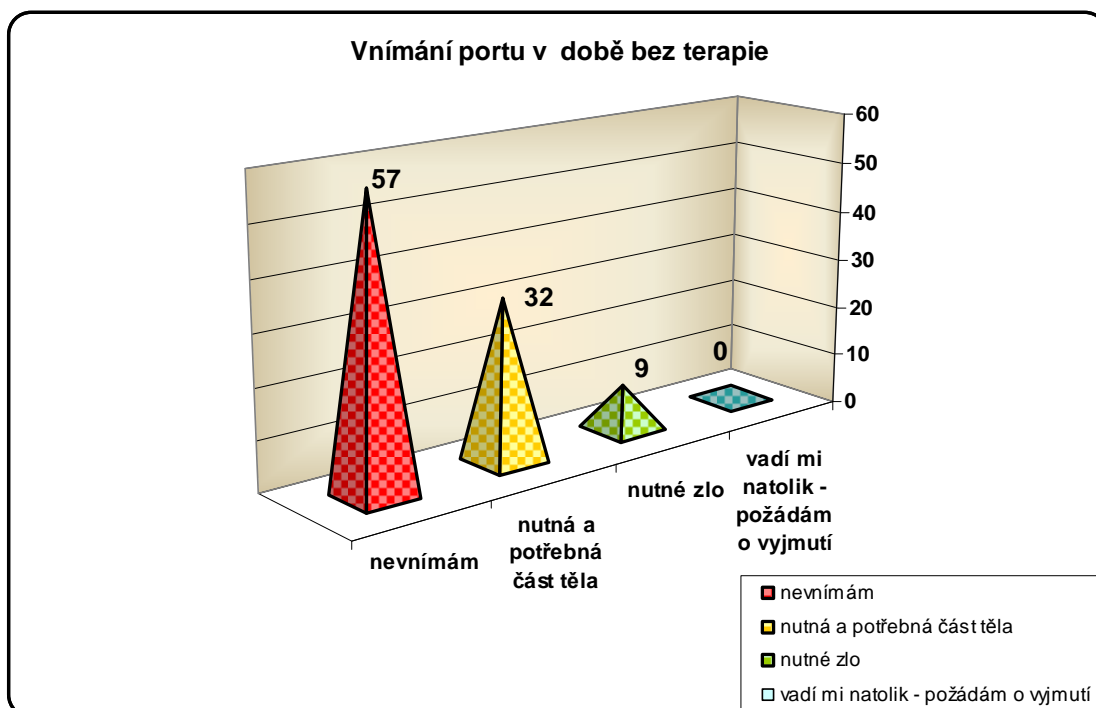
Položka 29: Jak vnímáte svůj venózní port v době, kdy do něj nedostáváte žádné léky (např. v době, kdy jste v domácím léčení, mezi jednotlivými cykly chemoterapie atd.)?

Dostí výrazná většina 57 (58 %) odpovídajících svůj port vůbec nevnímá v době, kdy do něj nedostává žádné léky. 32 (33 %) respondentů jej v tomto období vnímá jako nutnou a potřebnou součást těla. Nevyužívaný port bere jako „nutné zlo“ 9 respondentů. Odpověď „port mi vadí natolik, že chci požádat o jeho vyjmutí“ neuvedl žádný respondent.

Tabulka 44 – Vnímání portu v době bez terapie

Vnímání portu	n_i	f_i
vůbec nevnímám	57	58
nutná a potřebná část těla	32	33
„nutné zlo“	9	9
vadí natolik, požádám o vyjmutí portu	0	0
Celkem	98	100

Graf 38 – Vnímání portu v době bez terapie



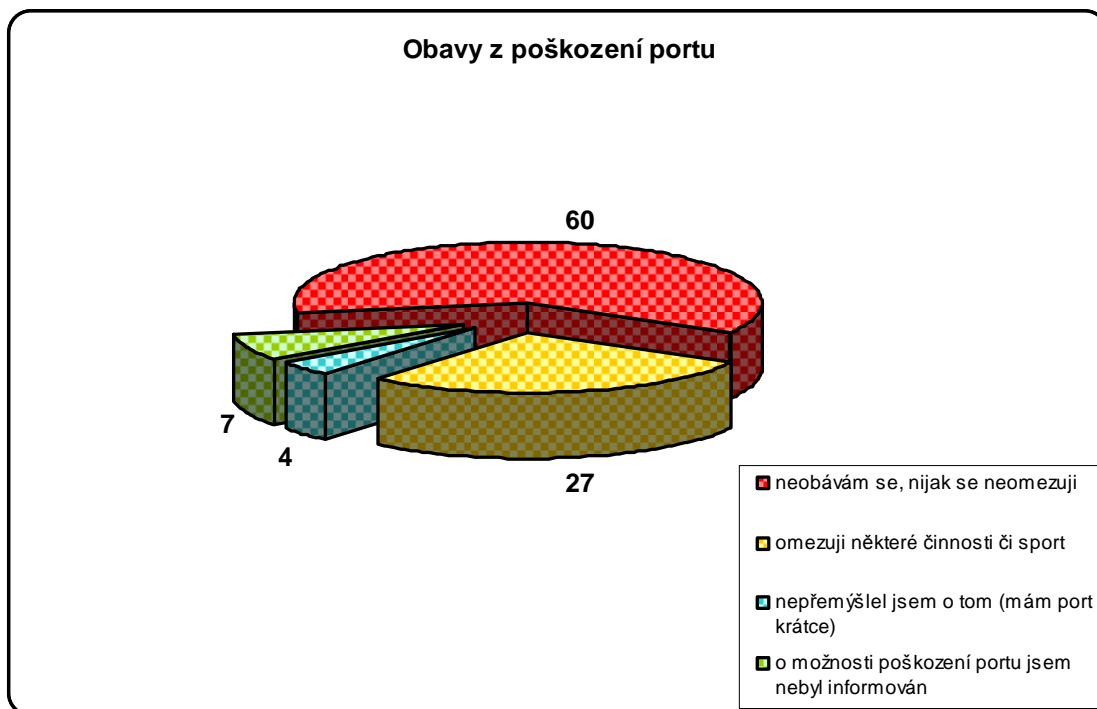
Položka č. 30: Máte obavy, že při běžných denních činnostech a sportovních aktivitách můžete svůj venózní port nějakým způsobem poškodit?

Účelem položky bylo zjistit, jak moc se nositelé portu obávají jeho poškození při vlastních aktivitách. Z celkového počtu 98 (100 %) respondentů jich 60 (61 %) neomezují své aktivity vůbec, protože se neobávají poškození portu. Dalších 27 (28 %) se poškození portu obává, a proto omezuje své některé aktivity. Zbývající respondenti 11 (11 %), se rozdělují na ty, kteří o možnosti poškození nepřemýšleli, neboť mají port implantovaný krátce (4) a na skupinu o 7 dotazovaných, kteří nebyli o možnosti poškození portu informováni vůbec.

Tabulka 45 – Obavy z poškození portu

Obavy z poškození portu	n_i	f_i
neobávám se a neomezuji své aktivity	60	61
pro nebezpečí poškození omezují některé své aktivity	27	28
nepřemýšlel jsem o poškození, port mám krátkou dobu	4	4
o možnosti poškození portu mě nikdo neinformoval	7	7
Celkem	98	100

Graf 39 – Obavy z poškození portu



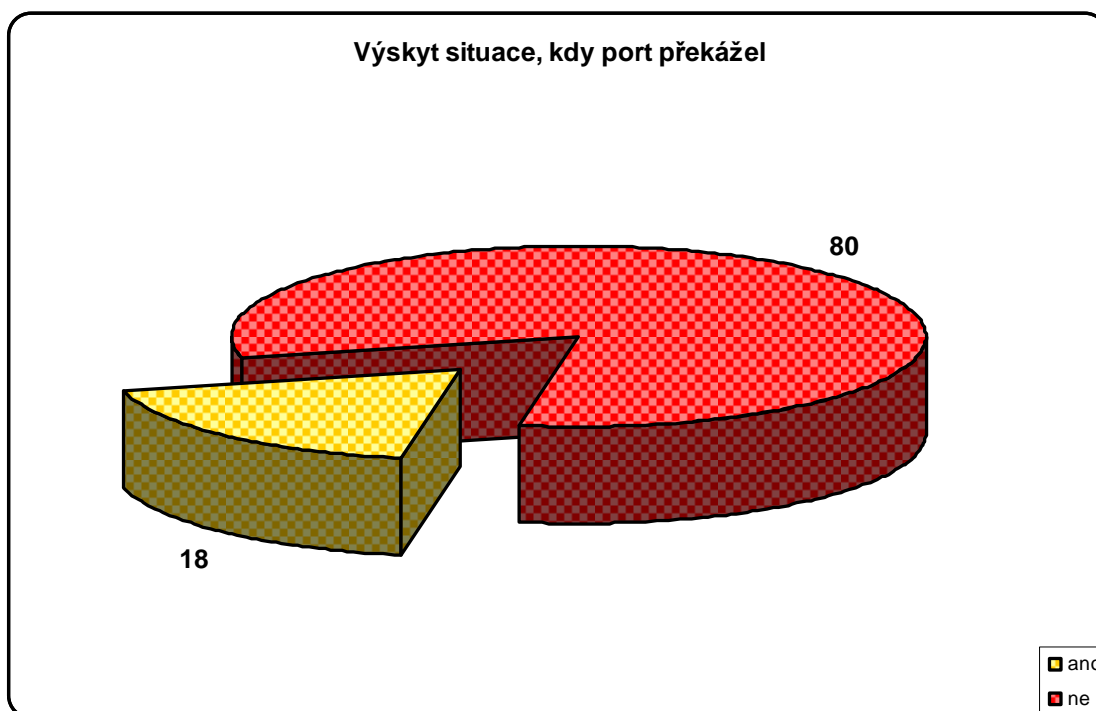
Položka č. 31: Našly by se ve Vašem životě situace, ve kterých Vám port vyložené překážel a vadil?

Z 98 (100 %) oslovených uvedla naprostá většina 80 (82 %) respondentů odpověď „ne, v mém životě se nenašla situace, kdy by mi port překážel nebo vadil“. U zbylých 18 (18 %) dotázaných se tyto situace vyskytly, a proto odpověděli ano.

Tabulka 46 – Výskyt situací, kdy port překážel

Výskyt situací, kdy port překážel	n_i	f_i
ano	18	18
ne	80	82
Celkem	98	100

Graf 40 – Výskyt situací, kdy port překážel



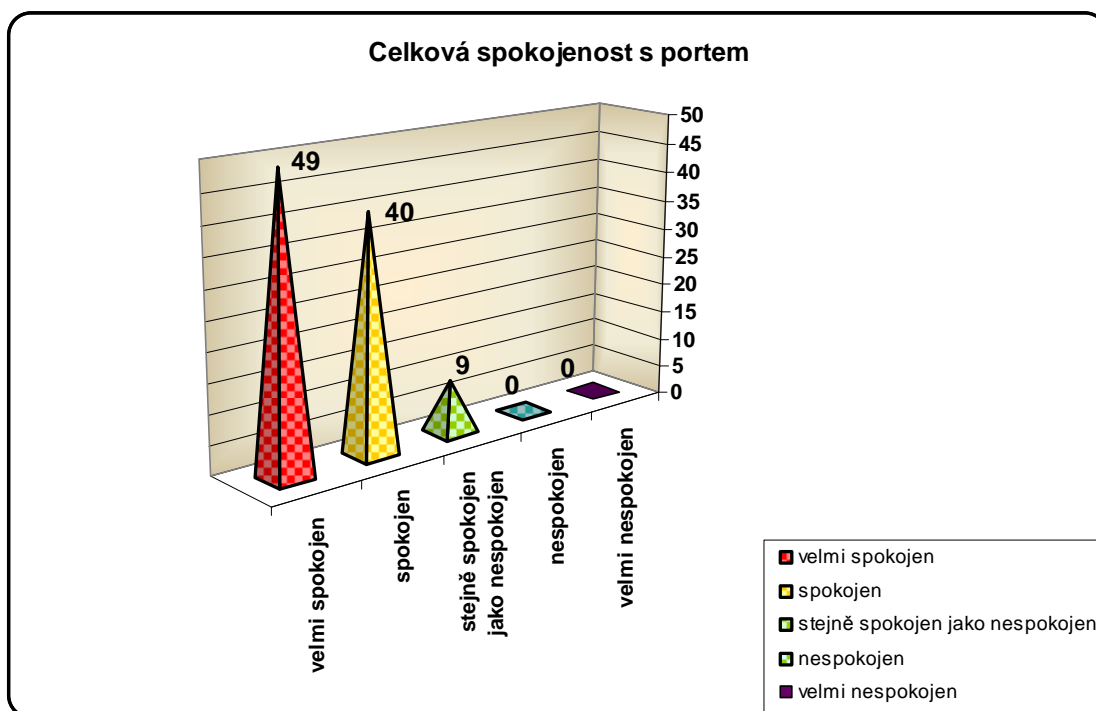
Položka č. 32: Jak celkově hodnotíte svou spokojenost s implantovaným venózním portem?

Oslovení respondenti, 98 (100 %), využili z nabídnutých pěti možností odpovědí toliko tři. 49 (50 %) dotázaných uvedlo, že byli s portem velmi spokojeni, 40 (41 %) jich sdělilo, že byli spokojeni a nepatrná část 9 (9 %) zvolilo odpověď „stejně spokojen jako nespokojen“. Odpovědi typu „nespokojen“ nebo „velmi nespokojen“ se v dotazníkovém šetření nevyskytly.

Tabulka 47 – Celková spokojenost s portem

Celková spokojenost s portem	n_i	f_i
velmi spokojen/a	49	50
spokojen	40	41
stejně spokojen jako nespokojen	9	9
nespokojen	0	0
velmi nespokojen	0	0
Celkem	98	100

Graf 41 – Celková spokojenost s portem



3.4.4 Kvalita života pacientů s portem

Tato problematika byla zkoumána otázkami I.-VII. v závěrečné části dotazníku.

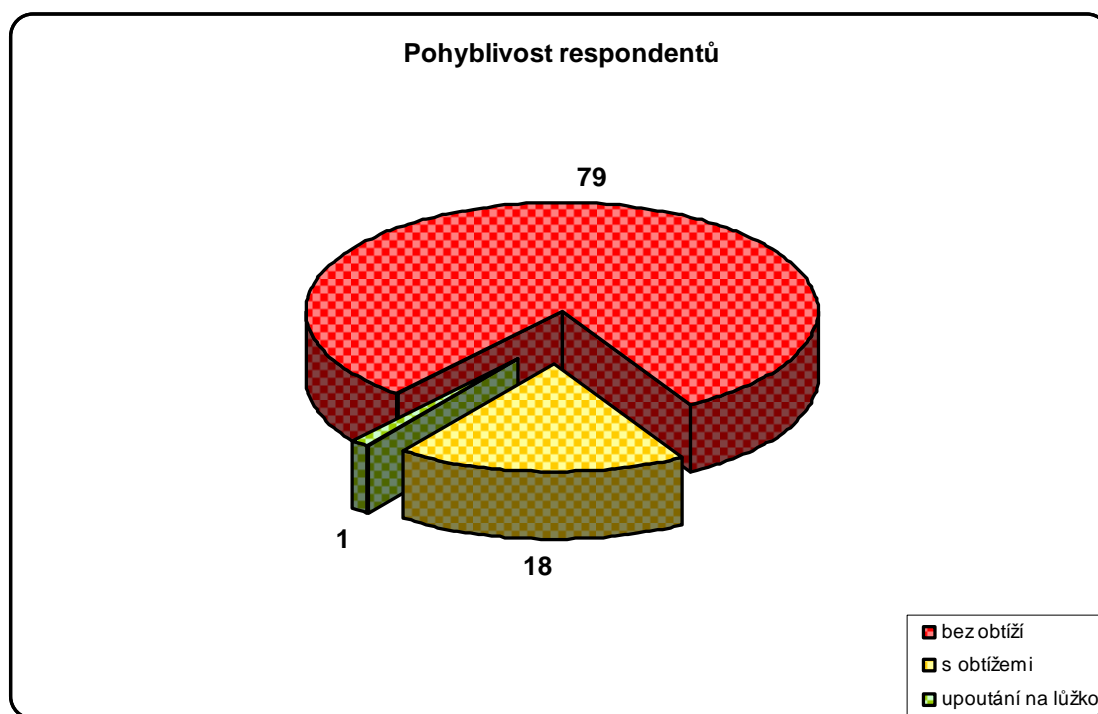
Položka č. 33: Dotazník kvality života - pohyblivost

Z celkového počtu 98 (100 %) respondentů jich 79 (81 %) nemělo obtíže při chůzi. 18 (18 %) respondentů vypovědělo, že určité obtíže při chůzi pociťuje. Zbýlý 1 (1 %) dotazovaný byl upoután na lůžko.

Tabulka 48 – Pohyblivost respondentů

Pohyblivost	n_i	f_i
bez obtíží při chůzi	79	81
mám určité obtíže při chůzi	18	18
jsem upoután/a na lůžko	1	1
Celkem	98	100

Graf 42 – Pohyblivost respondentů



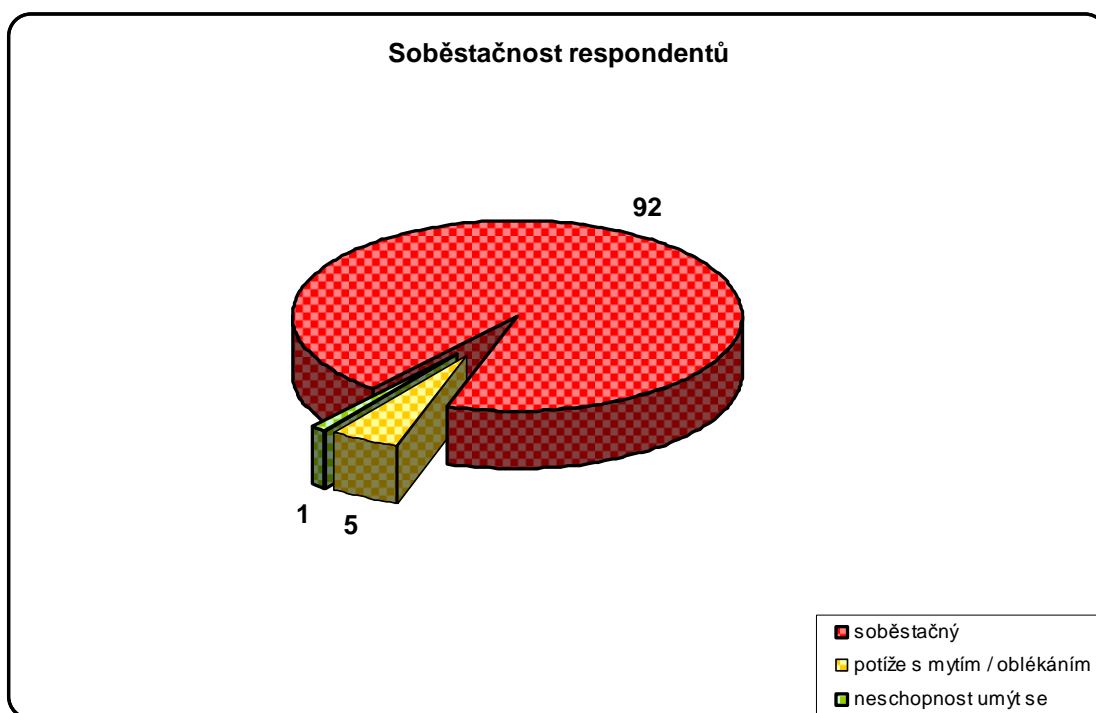
Položka č. 34: Dotazník kvality života - soběstačnost

Na otázku týkající se soběstačnosti největší skupina respondentů 92 (94 %) sdělila, že je soběstačná. Dalších 5 (5 %) se k soběstačnosti vyjádřilo, že mají určité obtíže při mytí nebo oblékání. Variantu „nejsem schopen se umýt“ uvedl poslední 1 (1 %) respondent.

Tabulka 49 – Soběstačnost respondentů

Soběstačnost	n_i	f_i
jsem soběstačný/a	92	94
mám problémy s mytím nebo oblékáním	5	5
nejsem schopen/na se umýt	1	1
Celkem	98	100

Graf 43 – Soběstačnost respondentů



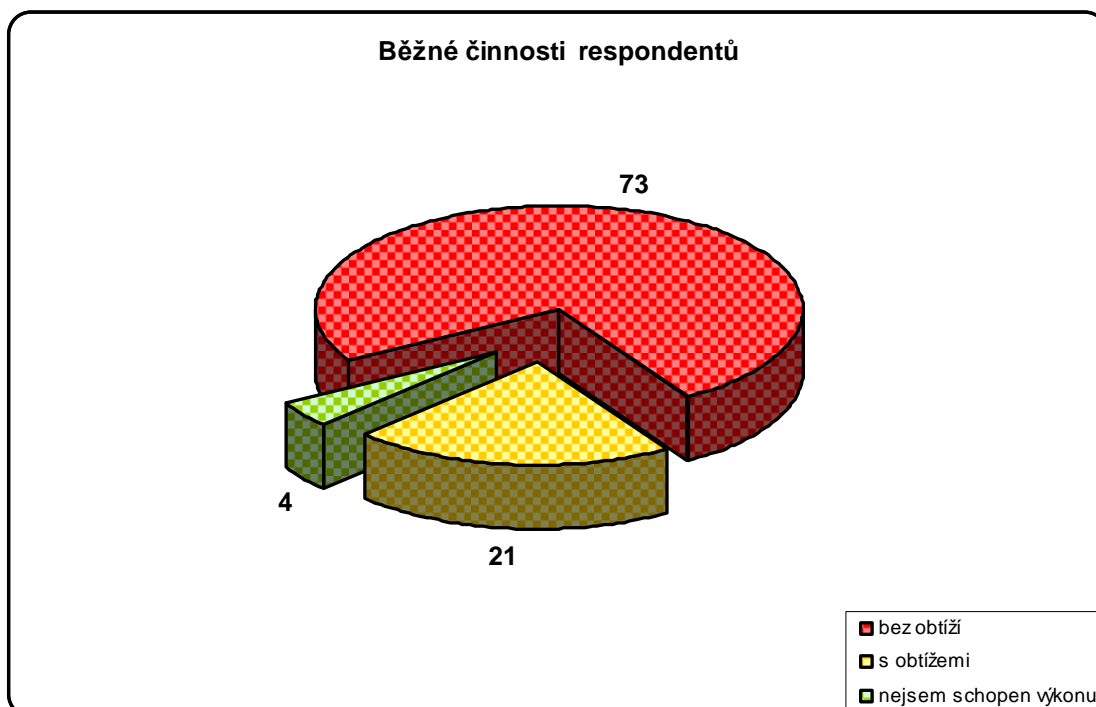
Položka č. 35: Dotazník kvality života – běžné činnosti

Více než 2/3 dotázaných, tj. 73 (74 %) respondentů, neměly problémy s vykonáváním běžných činností. Problémy s vykonáváním činností uvádí 21 (21 %) respondentů a toliko 4 (4 %) respondenti nejsou schopni běžné činnosti vykonávat. Na tento dotaz odpověděli všichni, tj. 98 (100 %) respondentů.

Tabulka 50 – Běžné činnosti respondentů

Běžné činnosti	n_i	f_i
nemám problémy s vykonáváním běžných činností	73	74
mám problémy s vykonáváním obvyklých činností	21	21
nejsem schopen vykonávat běžné činnosti	4	4
Celkem	98	100

Graf 44 – Běžné činnosti respondentů



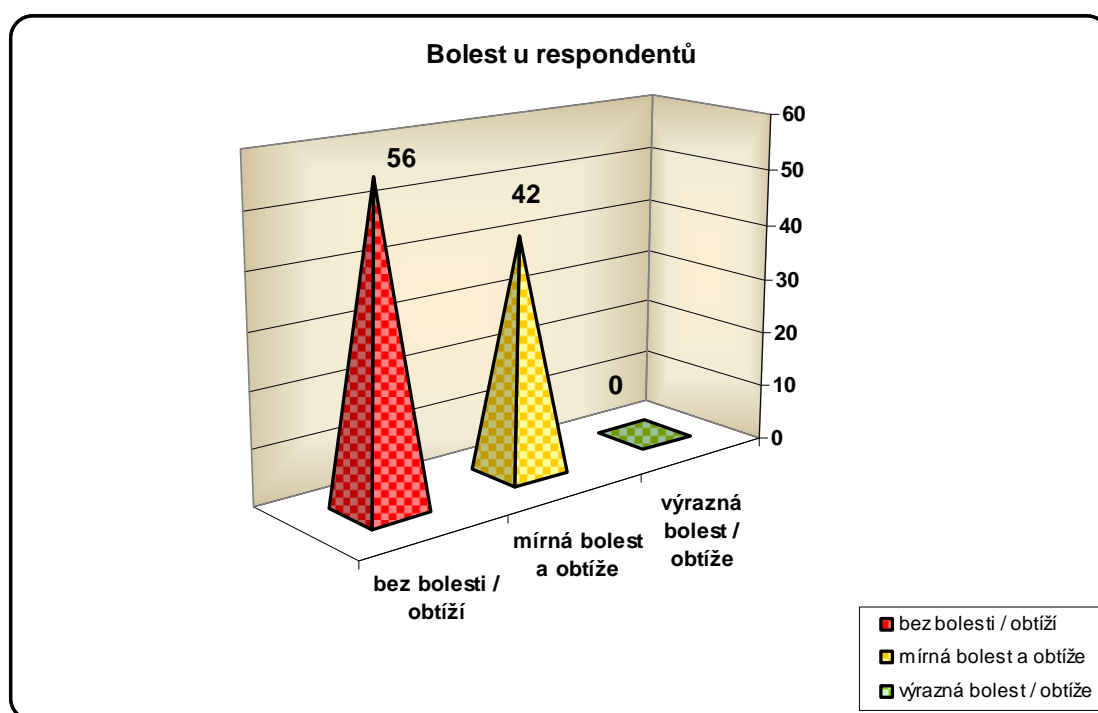
Položka č. 36: Dotazník kvality života - bolest

Obsahem položky byla snaha zjistit, do jaké míry mají uživatelé portu bolesti. Z celkového počtu 98 (100 %) respondentů jich byla nadpoloviční většina 56 (57 %) bez bolesti a dalších obtíží. Nepatrně nižší počet 42 (43 %) dotazovaných vypovědělo, že trpí určitou bolestí či obtížemi. Výraznou bolestí či obtížemi netrpěl žádný respondent.

Tabulka 51 – Bolest u respondentů

Bolest	n_i	f_i
nemám žádné bolesti či jiné obtíže	56	57
trpím mírnou bolestí či obtížemi	42	43
trpím výraznou bolestí či obtížemi	0	0
Celkem	98	100

Graf 45 – Bolest u respondentů



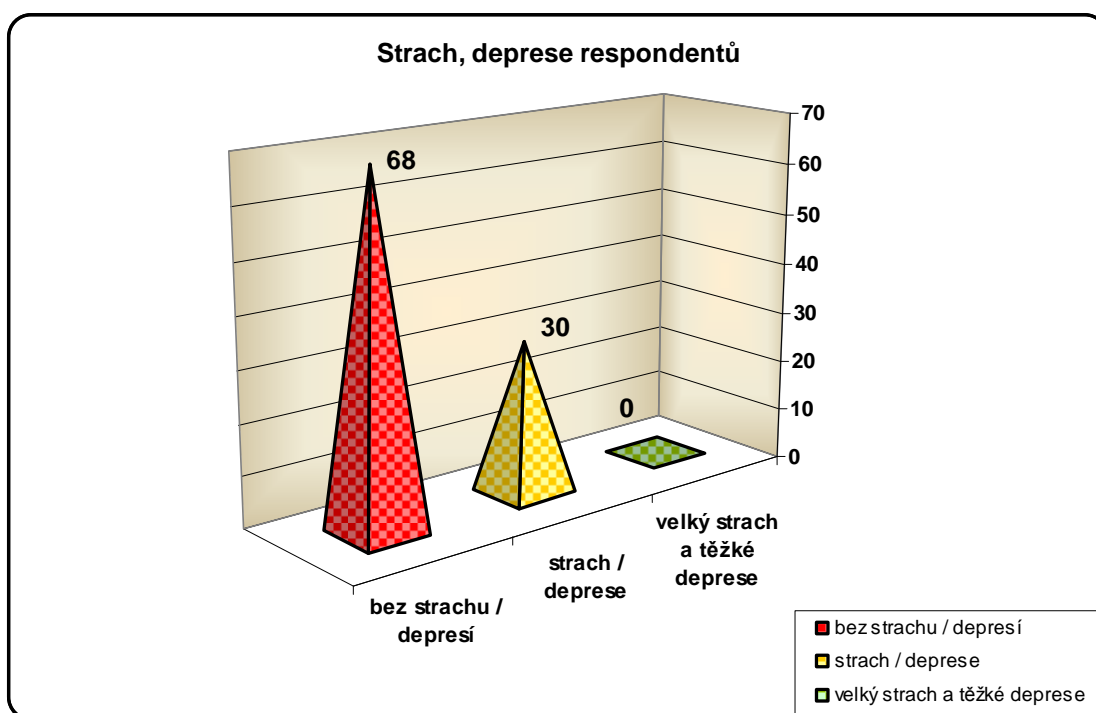
Položka č. 37: Dotazník kvality života – strach, deprese

68 (69 %) dotázaných z celkového počtu 98 (100 %) respondentů sdělilo, že jsou bez strachu a deprese. Zbývajících 30 (31 %) mělo strach nebo deprese. Žádný z odpovídajících neměl velký strach nebo těžké deprese.

Tabulka 52 – Strach, deprese respondentů

Strach, deprese	n_i	f_i
nemám strach, nejsem depresivní	68	69
mám strach nebo deprese	30	31
mám velký strach nebo těžké deprese	0	0
Celkem	98	100

Graf 46 – Strach, deprese respondentů



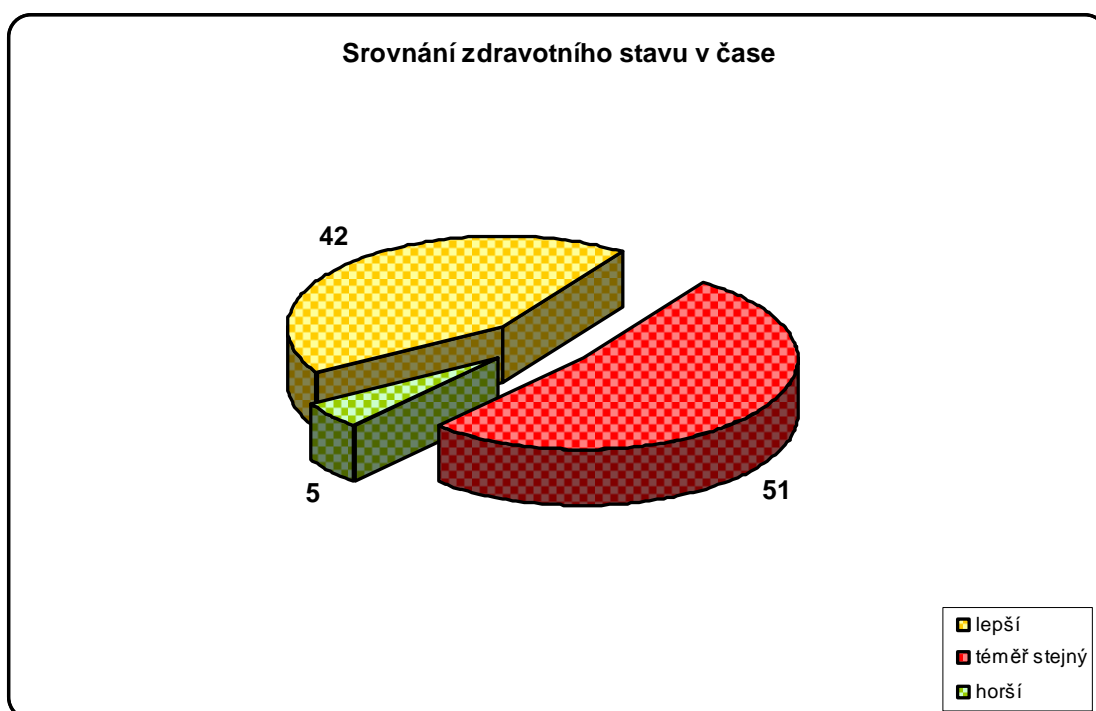
Položka č. 38: Srovnání dnešního zdravotního stavu s posledními 12 měsíci

Otázka se týkala zhodnocení zdravotního stavu v uplynulých 12ti měsících. Za lepší označilo svůj zdravotní stav 42 (43 %) odpovídajících. Téměř stejný zdravotní stav konstatovalo 51 (52 %) respondentů. Hůře svůj zdravotní stav ohodnotilo 5 (5 %) dotázaných.

Tabulka 53 – Srovnání zdravotního stavu v čase

Srovnání zdravotního stavu	n_i	f_i
lepší	42	43
téměř stejný	51	52
horší	5	5
Celkem	98	100

Graf 47 – Srovnání zdravotního stavu v čase



Položka č. 39: Hodnocení dnešního zdravotního stavu

Respondenti, 98 (100 %), ohodnotili svůj zdravotní stav na stupnici o 100 bodech, kdy 0 byl nejhorší a 100 nejlepší takto: 3 (3 %) odpovídající se vešli do rozmezí 0 — 25, 12 (12 %) do rozmezí 26 — 50, 26 (27 %) do rozmezí 51 — 75 a konečně většinu odpovídajících, tj. 57 (58 %) jsme mohli nalézt v intervalu 76 — 100. Přes to, že většina respondentů hodnotila svůj zdravotní stav v nejvyšším intervalu, při přepočítání všech hodnot by se dal průměr hodnocení dnešního zdravotního stavu vyjádřit číslem 75,5.

Tabulka 54 – Dnešní zdravotní stav

Dnešní zdravotní stav	n_i	f_i
0 — 25	3	3
26 — 50	12	12
51 — 75	26	27
76 — 100	57	58
Celkem	98	100

Graf 48 – Dnešní zdravotní stav



3.5 Interpretace dat k jednotlivým cílům a hypotézám

Grafické vyjádření zjištěných skutečností je uvedeno v předchozí části na stranách 103—152.

H1: Většina pacientů (více než 50 %) má port zavedený více než 1 rok.

Z četnostní tabulky bylo zjištěno, že 57 pacientů z celkového počtu 98 je nositelem portu déle než 1 rok. Předpokládáme tedy, že 58,2 % pacientů (95% CI 48,4 % — 67,9 %) má port zavedený déle než 1 rok.

Vzhledem ke skutečnosti, že interval spolehlivosti obsahuje i nižší hodnoty než 50 %, nemůžeme hypotézu přijmout.

Tabulka 55 – Četnostní tabulka k hypotéze H1

6. Jak dlouho jste v současné době nositelem/lkou portu?

	Četnost	Procenta	Kumulativní procenta
do 1 měsíce	6	6,1	6,1
do 6 měsíců	17	17,3	23,5
do 1 roku	18	18,4	41,8
více než 1 rok	57	58,2	100,0
Celkem	98	100,0	

Hypotézy H2 – H12 byly ověřeny obdobným způsobem:

H2: Edukace má převážně slovní formu.

Všichni pacienti, tedy 100% (95% CI 100 % — 100 %), odpověděli, že byli poučeni slovní formou. Hypotézu H2 můžeme přijmout.

Tabulka 56 – Četnostní tabulka k hypotéze H2

12. Jakou metodou jste byl/a o problematice portu nejvíce poučen/a?

	Četnost	Procenta
slovně	98	100,0

H3: Předpokládáme, že nejméně u 90 % pacientů dochází k edukaci individuálně.

Všichni pacienti, tedy 100% (95% CI 100 % — 100 %), odpověděli, že byli poučeni individuální formou. Hypotézu H2 můžeme přijmout.

Tabulka 57 – Četnostní tabulka k hypotéze H3

13. Jakou formou jste byl/a o problematice portu nejvíce poučen/a?

	Četnost	Procenta
individuálně	98	100,0

H4.1: Předpokládáme, že více než 50 % pacientů je edukováno v dostatečném předstihu.

Z četnostní tabulky bylo zjištěno, že 57 pacientů z celkového počtu 98 bylo poučeno v dostatečném předstihu. Předpokládáme tedy, že 58,2 % pacientů (95% CI 48,4 % - 67,9 %) je edukováno v dostatečném předstihu.

Vzhledem ke skutečnosti, že interval spolehlivosti obsahuje i nižší hodnoty než 50 %, nemůžeme hypotézu přijmout.

H4.2: Předpokládáme, že maximálně 10 % pacientů je edukováno až po výkonu.

Z četnostní tabulky bylo zjištěno, že 7 pacientů z celkového počtu 98 bylo edukováno až po výkonu. Předpokládáme tedy, že 7,1 % pacientů (95% CI 2,0 % — 12,2 %) je edukováno až po výkonu.

Vzhledem ke skutečnosti, že interval spolehlivosti obsahuje i vyšší hodnoty než 10 %, nemůžeme hypotézu přijmout.

Tabulka 58 – Četnostní tabulka k hypotéze H4.1 a H4.2

11. Kdy jste byl/a o problematice portu nejvíce poučen/a?		
	Četnost	Procenta
v dostatečném předstihu před voperováním portu	57	58,2
krátce před voperováním portu	34	34,7
krátce po výkonu	4	4,1
v delším časovém odstupu po implantaci portu	3	3,1
Celkem	98	100,0

H5.1: Předpokládáme, že nejméně 90 % pacientů poučil výhradně lékař.

Z četnostní tabulky bylo zjištěno, že 83 pacientů z celkového počtu 98 bylo poučeno lékařem. Předpokládáme tedy, že 84,7 % pacientů (95% CI 77,6 % — 91,8 %) je edukováno lékařem.

Vzhledem ke skutečnosti, že interval spolehlivosti obsahuje i nižší hodnoty než 90 %, nemůžeme hypotézu přijmout.

H5.2: Předpokládáme, že nejvýše 10 % pacientů poučila zdravotní sestra.

Z četnostní tabulky bylo zjištěno, že 15 pacientů z celkového počtu 98 bylo poučeno zdravotní sestrou. Předpokládáme tedy, že 15,3 % pacientů (95% CI 8,2 % — 22,4 %) je edukováno sestrou.

Vzhledem ke skutečnosti, že interval spolehlivosti obsahuje i vyšší hodnoty než 10 %, nemůžeme hypotézu přijmout.

Tabulka 59 – Četnostní tabulka k hypotézám H5.1 a H5.2

10. Kdo Vás o problematice portu nejlépe poučil?

	Četnost	Procenta
lékař	83	84,7
zdravotní sestra	15	15,3
Celkem	98	100,0

H6: Většina respondentů automaticky sdělí, že jsou nositeli portu.

Z četnostní tabulky bylo zjištěno, že 76 pacientů z celkového počtu 98 automaticky sdělí, že jsou nositeli portu. Předpokládáme tedy, že 77,6 % (95% CI 69,3 % — 85,8 %) pacientů má správné znalosti.

Vzhledem ke skutečnosti, že interval spolehlivosti obsahuje pouze hodnoty vyšší než 50 %, můžeme hypotézu přijmout.

Tabulka 60 – Četnostní tabulka k hypotéze H6

20. Přijdete-li do jiného zdrav. zařízení, než na HOK FNOL, kde Vám byl port voperován, jak se zachováte?

	Četnost	Procenta
automaticky sdělíte, že jste nositelem portu	76	77,6
skutečnost, že jste nositelem portu, sdělíte pouze na cílený dotaz zdravotníkům	15	15,3
nevím	7	7,1
Celkem	98	100,0

H7: Většina respondentů po edukaci uvádí, že do portu lze napichovat pouze speciální portové jehly.

Z četnostní tabulky bylo zjištěno, že 63 pacientů z celkového počtu 98 uvádí, že do portu lze napichovat pouze speciální portové jehly. Předpokládáme tedy, že 64,3 % (95% CI 54,8 % — 73,8 %) pacientů má správné znalosti.

Vzhledem ke skutečnosti, že interval spolehlivosti obsahuje pouze hodnoty vyšší než 50 %, můžeme hypotézu přijmout.

Tabulka 61 – Četnostní tabulka k hypotéze H7

21. Je povoleno do Vašeho portu napichovat i jiné jehly než speciální portové jehly?

	Četnost	Procenta
ano, a to bez omezení	3	3,1
je povoleno, pokud to provádí vyškolený pracovník	6	6,1
do portu je povoleno napichovat pouze spec. portové jehly	63	64,3
nevím	26	26,5
Celkem	98	100,0

H8: Zavedení portu neomezuje většinu pacientů při základních životních činnostech (pohyblivost, soběstačnost, běžné činnosti, bolest).

Z četnostních tabulek bylo zjištěno, že 79 pacientů z celkového počtu 98, tedy 80,6 % (95% CI 72,8 % - 88,4 %) pacientů nemá obtíže při chůzi. 92 pacientů z celkového počtu 98, tedy 93,9 % (95% CI 89,1 % — 98,6 %) pacientů je soběstačných. 73 pacientů z celkového počtu 98, tedy 74,5 % (95% CI 65,9 % — 83,1 %) pacientů nemá problémy s vykonáváním běžných činností. 56 pacientů z celkového počtu 98, tedy 57,1 % (95% CI 47,3 % — 66,9 %) pacientů nemá žádné bolesti či jiné obtíže.

Můžeme tedy konstatovat, že většina pacientů není při základních životních činnostech jako je pohyblivost, soběstačnost a běžné činnosti, omezována zavedením portu. V těchto oblastech lze hypotézu H8 přijmout. V oblasti bolesti hypotéza H8 nemůže být přijata, neboť zde interval spolehlivosti obsahuje i hodnoty nižší než 50 %.

Tabulka 62 – Četnostní tabulka k hypotéze H8 týkající se pohyblivosti respondentů

I. Pohyblivost

	Četnost	Procenta	Kumulativní procenta
Nemám obtíže při chůzi	79	80,6	80,6
Mám určité obtíže při chůzi	18	18,4	99,0
Jsem upoután/a na lůžko	1	1,0	100,0
Celkem	98	100,0	

Tabulka 63 – Četnostní tabulka k hypotéze H8 týkající se soběstačnosti respondentů

II. Soběstačnost

	Četnost	Procenta	Kumulativní procenta
Jsem soběstačný/á	92	93,9	93,9
Mám problémy s mytím nebo oblékáním	5	5,1	99,0
Nejsem schopen/na se umýt	1	1,0	100,0
Celkem	98	100,0	

Tabulka 64 – Četnostní tabulka k hypotéze H8 týkající se vykonávání běžných denních činností respondentů

III. Běžné činnosti

	Četnost	Procenta	Kumulativní procenta
Nemám problémy s vykonáváním běžných činností	73	74,5	74,5
Mám problémy s vykonáváním běžných činností	21	21,4	95,9
Nejsem schopen/na vykonávat běžné činnosti	4	4,1	100,0
Celkem	98	100,0	

Tabulka 65 – Četnostní tabulka k hypotéze H8 týkající se výskytu bolesti u respondentů

IV. Bolest			
	Četnost	Procenta	Kumulativní procenta
Nemám žádné bolesti či jiné obtíže	56	57,1	57,1
Trpím mírnou bolestí či obtížemi	42	42,9	100,0
Celkem	98	100,0	

H9: Většina pacientů v průběhu 12 měsíců hodnotí svůj zdravotní stav lépe.

Z četnostní tabulky bylo zjištěno, že 42 pacientů z celkového počtu 98 považuje svůj současný zdravotní stav za lepší ve srovnání s poledními 12 měsíci. Předpokládáme tedy, že 42,9 % (95% CI 33,1 % — 52,7 %) pacientů hodnotí svůj zdravotní stav lépe.

Vzhledem ke skutečnosti, že interval spolehlivosti obsahuje i hodnoty nižší než 50 %, nemůžeme hypotézu přijmout.

Tabulka 66 – Četnostní tabulka k hypotéze H9

VI. Váš dnešní zdravotní stav ve srovnání s posledními 12-ti měsíci			
	Četnost	Procenta	Kumulativní procenta
Lepší	42	42,9	42,9
Téměř stejný	51	52,0	94,9
Horší	5	5,1	100,0
Celkem	98	100,0	

H10: Předpokládáme, že většina pacientů svůj port vůbec nevnímá.

Z četnostní tabulky bylo zjištěno, že 57 pacientů z celkového počtu 98 nevnímá svůj port v době, kdy do něj nedostává žádné léky. Předpokládáme tedy, že 58,2 % (95% CI 48,4 % — 67,9 %) pacientů svůj port vůbec nevnímá.

Vzhledem ke skutečnosti, že interval spolehlivosti obsahuje i hodnoty nižší než 50 %, nemůžeme hypotézu přijmout.

Tabulka 67 – Četnostní tabulka k hypotéze H10

29. Jak vnímáte svůj venózní port v době, kdy do něj nedostáváte žádné léky?		
	Četnost	Procenta
svůj port vůbec nevnímám	57	58,2
cítím jej jako nutnou a potřebnou část svého těla	32	32,7
port mi vadí, beru jej jako "nutné zlo"	9	9,2
Celkem	98	100,0

H11: Předpokládáme, že většina pacientů kvůli nebezpečí poškození portu omezuje některé běžné denní činnosti nebo sportovní aktivity.

Z četnostní tabulky bylo zjištěno, že pouze 27 pacientů z celkového počtu 98 omezuje některé běžné denní činnosti nebo sportovní aktivity, protože se obává poškození portu.

Předpokládáme tedy, že pouze 27,6 % (95% CI 18,7 % — 36,4 %) pacientů omezuje kvůli portu své aktivity.

Vzhledem ke skutečnosti, že interval spolehlivosti obsahuje hodnoty nižší než 50 %, nemůžeme hypotézu přijmout.

Tabulka 68 – Četnostní tabulka k hypotéze H11

30. Máte obavy, že při běžných denních činnostech a sportovních aktivitách můžete svůj venózní port nějakým způsobem poškodit?

	Četnost	Procenta
vůbec se toho neobávám, nijak se ve svých sport. aktivitách neomezuji	60	61,2
kvůli nebezpečí, že poškodím svůj port, omezuji některé běžné denní činnosti a sport. aktivity	27	27,6
venózní port nosím příliš krátkou dobu, ještě jsem o tom nepřemýšlel	4	4,1
o možnosti, že mohu poškodit svůj port, mě dosud nikdo neinformoval	7	7,1
Celkem	98	100,0

H12: Předpokládáme, že život s portem neovlivňuje psychiku většiny pacientů.

Z četnostní tabulky bylo zjištěno, že 68 pacientů z celkového počtu 98 nemá strach ani není depresivní. Předpokládáme tedy, že u 69,4 % (95% CI 60,3 % — 78,5 %) pacientů život s portem neovlivňuje psychiku.

Vzhledem ke skutečnosti, že interval spolehlivosti obsahuje hodnoty vyšší než 50 %, můžeme hypotézu přijmout.

Tabulka 69 – Četnostní tabulka k hypotéze H12

V. Strach, deprese

	Četnost	Procenta	Kumulativní procenta
Nemám strach, nejsem depresivní	68	69,4	69,4
Mám strach nebo deprese	30	30,6	100,0
Celkem	98	100,0	

H₀13: Neexistuje závislost mezi znalostmi pacientů v oblasti nošení portu a délkou implantace portu.

H_A13: Existuje závislost mezi znalostmi pacientů v oblasti nošení portu a délkou implantace portu.

Znalosti pacientů byly zjišťovány dvěma otázkami v dotazníku, otázkou 20: „Přijdete-li do jiného zdravotního zařízení, než na HOK FNOL, kde Vám byl port

voperován, jak se zachováte?“ a otázkou 21:“ Je povoleno do Vašeho portu napichovat i jiné jehly než speciální portové jehly?“

Odpovědi na tyto otázky byly vyhodnoceny jako správné a nesprávné. Délka implantace portu byla měřena na ordinální škále. Data byla shrnuta do kontingenční tabulky a vzájemná korelace byla ověřena Fisherovým přesným testem.

Tabulka 70 – Kontingenční tabulka k hypotéze H13 zjišťující závislost znalostí pacientů v oblasti nošení portu a délkou jeho implantace

Kontingenční tabulka

			20. Přijdete-li do jiného zdrav. zařízení, než na HOK FNOL, kde Vám byl port voperován, jak se zachováte?		Celkem
			správná odpověď	chybná odpověď	
6. Jak dlouho jste v současné době nositelem/lkou portu?	do 1 měsíce	Četnost %	4 66,7%	2 33,3%	6 100,0%
	do 6 měsíců	Četnost %	14 82,4%	3 17,6%	17 100,0%
	do 1 roku	Četnost %	12 66,7%	6 33,3%	18 100,0%
	více než 1 rok	Četnost %	46 80,7%	11 19,3%	57 100,0%
	Celkem	Četnost %	76 77,6%	22 22,4%	98 100,0%

Tabulka 71 – vyhodnocení tabulky č. 70 Fisherovým přesným testem

	Hodnota	Oboustranná exaktní signifikance
Fisherův přesný test	2,451	,484
Počet platných případů	98	

Fisherův přesný test neprokázal, že existuje závislost mezi správností odpovědí pacientů na otázku 20 a délkou implantace portu, $p = 0,484 > 0,05$.

Tabulka 72 – Kontingenční tabulka k hypotéze H13 zjišťující závislost znalostí pacientů v oblasti nošení portu a délkou jeho implantace

Kontingenční tabulka

			21. Je povoleno do Vašeho portu napichovat i jiné jehly než speciální portové jehly?		Celkem
			správná odpověď	chybná odpověď	
6. Jak dlouho jste v současné době nositelem/lkou portu?	do 1 měsíce	Četnost %	6 100,0%	0 ,0%	6 100,0%
	do 6 měsíců	Četnost %	15 88,2%	2 11,8%	17 100,0%
	do 1 roku	Četnost %	10 55,6%	8 44,4%	18 100,0%
	více než 1 rok	Četnost %	32 56,1%	25 43,9%	57 100,0%
	Celkem	Četnost %	63 64,3%	35 35,7%	98 100,0%

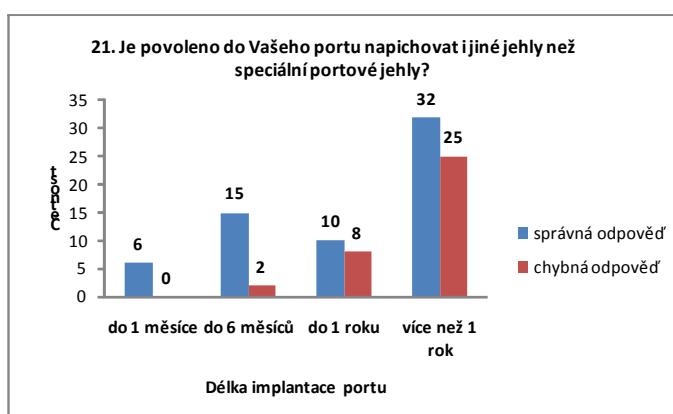
Tabulka 73 – vyhodnocení tabulky č. 72 Fisherovým přesným testem

	Hodnota	Oboustranná exaktní signifikance
Fisherův přesný test	9,848	,016
Počet platných případů	98	

Fisherův přesný test prokázal, že existuje závislost mezi znalostmi pacientů v oblasti nošení portu a délkou implantace portu. Pacienti, kteří nosí port kratší dobu, odpovídají správněji než pacienti, kteří mají port implantován již delší dobu, $p = 0,016$.

Závislost byla znázorněna graficky sloupcovým grafem:

Graf 49 – Závislost mezi znalostmi respondentů v oblasti nošení portu a délkou implantace portu



Hypotézy H_{014} až H_{020} byly ověřeny obdobným způsobem:

H_{014} : Neexistuje závislost mezi vnímáním portu a délkou implantace portu.

H_{A14} : Existuje závislost mezi vnímáním portu a délkou implantace portu.

Tabulka 74 – Kontingenční tabulka k hypotéze H_{14} zjišťující závislost mezi vnímáním portu a délkou implantace portu

Kontingenční tabulka

			29. Jak vnímáte svůj venózní port v době, kdy do něj nedostáváte žádné léky?			Celkem	
			svůj port vůbec nevnímám	cítím jej jako nutnou a potřebnou část svého těla	port mi vadí, беру jej jako "nutné zlo"		
6. Jak dlouho jste v současné době nositelem/lkou portu?	do 1 měsíce	Četnost %	5 83,3%	1 16,7%	0 0%	6 100,0%	
	do 6 měsíců	Četnost %	8 47,1%	7 41,2%	2 11,8%	17 100,0%	
	do 1 roku	Četnost %	11 61,1%	5 27,8%	2 11,1%	18 100,0%	
	více než 1 rok	Četnost %	33 57,9%	19 33,3%	5 8,8%	57 100,0%	
Celkem			Četnost %	57 58,2%	32 32,7%	9 9,2%	98 100,0%

Tabulka 75 – vyhodnocení tabulky č. 74 Fisherovým přesným testem

	Hodnota	Oboustranná exaktní signifikance
Fisherův přesný test	2,539	,879
Počet platných případů	98	

Fisherův přesný test neprokázal existenci závislosti mezi vnímáním portu a délkou implantace portu, $p = 0,879 > 0,05$.

H₀15: Neexistuje závislost mezi nejvyšším vzděláním respondentů a jejich znalostmi v oblasti nošení portu.

H_A15: Existuje závislost mezi nejvyšším vzděláním respondentů a jejich znalostmi v oblasti nošení portu.

Tabulka 76 – Kontingenční tabulka k hypotéze H15 zjišťující závislost mezi nejvyšším dosaženým vzděláním respondentů a jejich znalostmi v oblasti nošení portu

Kontingenční tabulka

			20. Přijdete-li do jiného zařízení, než na HOK FNOL, kde Vám byl port voperován, jak se zachováte?		Celkem
			správná odpověď	chybná odpověď	
3. Nejvyšší dosažené vzdělání?	základní	Četnost %	4 80,0%	1 20,0%	5 100,0%
	středoškolské s výuč. listem	Četnost %	22 73,3%	8 26,7%	30 100,0%
	úplné středoškolské vzdělání	Četnost %	33 80,5%	8 19,5%	41 100,0%
	vysokoškolské	Četnost %	17 77,3%	5 22,7%	22 100,0%
Celkem		Četnost %	76 77,6%	22 22,4%	98 100,0%

Tabulka 77 – vyhodnocení tabulky č. 76 Fisherovým přesným testem

	Hodnota	Oboustranná exaktní signifikance
Fisherův přesný test	,703	,906
Počet platných případů	98	

Tabulka 78 – Kontingenční tabulka k hypotéze H15 zjišťující závislost mezi nejvyšším dosaženým vzděláním respondentů a jejich znalostmi v oblasti nošení portu

Kontingenční tabulka

			21. Je povoleno do Vašeho portu napichovat i jiné jehly než speciální portové jehly?		Celkem
			správná odpověď	chybná odpověď	
3. Nejvyšší dosažené vzdělání?	základní	Četnost %	4 80,0%	1 20,0%	5 100,0%
	středoškolské s vyuč. listem	Četnost %	18 60,0%	12 40,0%	30 100,0%
	úplně středoškolské vzdělání	Četnost %	27 65,9%	14 34,1%	41 100,0%
	vysokoškolské	Četnost %	14 63,6%	8 36,4%	22 100,0%
Celkem		Četnost %	63 64,3%	35 35,7%	98 100,0%

Tabulka 79 – vyhodnocení tabulky č. 76 Fisherovým přesným testem

	Hodnota	Oboustranná exaktní signifikance
Fisherův přesný test	,766	,904
Počet platných případů	98	

Fisherův přesný test neprokázal závislost mezi nejvyšším dosaženým vzděláním pacientů a jejich znalostmi v oblasti nošení portu, $p > 0,05$ u obou otázek.

H₀16: Neexistuje závislost mezi pohlavím respondentů a jejich znalostmi v oblasti nošení portu.

H_A16: Existuje závislost mezi pohlavím respondentů a jejich znalostmi v oblasti nošení portu.

Tabulka 80 – Kontingenční tabulka k hypotéze H16 zjišťující závislost mezi pohlavím respondentů a jejich znalostmi v oblasti nošení portu

Kontingenční tabulka

			20. Přijdete-li do jiného zařízení, než na HOK FNOL, kde Vám byl port voperován, jak se zachováte?		Celkem
			správná odpověď	chybná odpověď	
1. pohlaví	mužské	Četnost %	26 68,4%	12 31,6%	38 100,0%
	ženské	Četnost %	50 83,3%	10 16,7%	60 100,0%
Celkem		Četnost %	76 77,6%	22 22,4%	98 100,0%

Tabulka 81 – vyhodnocení tabulky č. 80 Fisherovým přesným testem

	Hodnota	Oboustranná exaktní signifikance	Exact Sig. (1-sided)
Fisherův přesný test		,135	,071
Počet platných případů	98		

Tabulka 82 – Kontingenční tabulka k hypotéze H16 zjišťující závislost mezi pohlavím respondentů a jejich znalostmi v oblasti nošení portu

Kontingenční tabulka

			21. Je povoleno do Vašeho portu napichovat i jiné jehly než speciální portové jehly?		Celkem
			správná odpověď	chybná odpověď	
1. pohlaví	mužské	Četnost	25	13	38
		%	65,8%	34,2%	100,0%
	ženské	Četnost	38	22	60
		%	63,3%	36,7%	100,0%
Celkem		Četnost	63	35	98
		%	64,3%	35,7%	100,0%

Tabulka 83 – vyhodnocení tabulky č. 82 Fisherovým přesným testem

	Hodnota	Oboustranná exaktní signifikance
Fisherův přesný test		,832
Počet platných případů	98	

Fisherův přesný test neprokázal závislost mezi pohlavím pacientů a jejich znalostmi v oblasti nošení portu, $p > 0,05$ u obou otázek.

H₀17: Neexistuje závislost mezi délkou implantace portu a výskytem potíží v souvislosti s implantovaným portem.

H_A17: Existuje závislost mezi délkou implantace portu a výskytem potíží v souvislosti s implantovaným portem.

Tabulka 84 – Kontingenční tabulka k hypotéze H17 zjišťující závislost mezi délkou implantace portu a výskytem obtíží v souvislosti s implantovaným portem

Kontingenční tabulka

			26. Máte nějaké další potíže v souvislosti s implantovaným portem?		Celkem
			ano	ne	
6. Jak dlouho jste v současné době nositelem/lkou portu?	do 1 měsíce	Četnost	1	5	6
		%	16,7%	83,3%	100,0%
	do 6 měsíců	Četnost	6	11	17
		%	35,3%	64,7%	100,0%
	do 1 roku	Četnost	5	13	18
		%	27,8%	72,2%	100,0%
	více než 1 rok	Četnost	13	44	57
		%	22,8%	77,2%	100,0%
Celkem		Četnost	25	73	98
		%	25,5%	74,5%	100,0%

Tabulka 85 – vyhodnocení tabulky č. 84 Fisherovým přesným testem

	Hodnota	Oboustranná exaktní signifikance
Fisherův přesný test	1,433	,690
Počet platných případů	98	

Fisherův přesný test neprokázal závislost mezi délkou implantace portu a výskytem potíží v souvislosti s implantovaným portem, $p > 0,05$.

H₀18: Neexistuje závislost mezi délkou edukace a mírou znalostí pacientů v oblasti nošení portu.

H_A18: Existuje závislost mezi délkou edukace a mírou znalostí pacientů v oblasti nošení portu.

Tabulka 86 – Kontingenční tabulka k hypotéze H18 zjišťující závislost mezi délkou edukace a mírou jejich znalostí v oblasti nošení portu

Kontingenční tabulka

			20. Přijdete-li do jiného zařízení, než na HOK FNOL, kde Vám byl port voperován, jak se zachováte?		Celkem
			správná odpověď	chybná odpověď	
19. Kolik času bylo věnováno edukaci?	do 15 min	Četnost	39	10	49
		%	79,6%	20,4%	100,0%
	do 30 min	Četnost	20	7	27
		%	74,1%	25,9%	100,0%
	do 45 min	Četnost	10	2	12
		%	83,3%	16,7%	100,0%
	do 1 hod	Četnost	4	1	5
		%	80,0%	20,0%	100,0%
	více jak 1 hod.	Četnost	3	2	5
		%	60,0%	40,0%	100,0%
Celkem		Četnost	76	22	98
		%	77,6%	22,4%	100,0%

Tabulka 87 – vyhodnocení tabulky č. 86 Fisherovým přesným testem

	Hodnota	Oboustranná exaktní signifikance
Fisherův přesný test	1,772	,809
Počet platných případů	98	

Tabulka 88 – Kontingenční tabulka k hypotéze H18 zjišťující závislost mezi délkou edukace a mírou jejich znalostí v oblasti nošení portu

Kontingenční tabulka

			21. Je povoleno do Vašeho portu napichovat i jiné jehly než speciální portové jehly?		Celkem
			správná odpověď	chybná odpověď	
19. Kolik času bylo věnováno edukaci?	do 15 min	Četnost %	30 61,2%	19 38,8%	49 100,0%
	do 30 min	Četnost %	21 77,8%	6 22,2%	27 100,0%
	do 45 min	Četnost %	5 41,7%	7 58,3%	12 100,0%
	do 1 hod	Četnost %	4 80,0%	1 20,0%	5 100,0%
	více jak 1 hod.	Četnost %	3 60,0%	2 40,0%	5 100,0%
	Celkem	Četnost %	63 64,3%	35 35,7%	98 100,0%

Tabulka 89 – vyhodnocení tabulky č. 88 Fisherovým přesným testem

	Hodnota	Oboustranná exaktní signifikance
Fisherův přesný test	5,510	,225
Počet platných případů	98	

Fisherův přesný test neprokázal závislost mezi délkou edukace a mírou znalostí pacientů v oblasti nošení portu, $p > 0,05$ u obou otázek.

3.6 Diskuse

Tato kapitola je zaměřena na vyhodnocení shora popsaného výzkumu. Výzkum byl orientován na dosažení pěti cílů a od respondentů se vrátilo 110 vyplněných dotazníků. Šetření bylo provedeno na hemato-onkologické klinice ve FN Olomouc. Celková návratnost rozdaných dotazníků byla 110 ze 130 (85 %), avšak po vyřazení 12 dotazníků (9 %) v důsledku nekompletního vyplnění položek bylo do hodnocení zařazeno 98 (76 %) dotazníků.

Hodnocení bylo prováděnou metodou popisné i induktivní statistiky. Popisná metoda byla použita pro doplnění a upřesnění celkového hodnocení a vzájemných závislostí mezi vybranými otázkami.

Při vyhodnocování výsledků byly otázky v dotaznících rozděleny do čtyřech oblastí. První oblast se skládá z obecných informativních otázek. Ve druhé oblasti jsou položky pro zjišťování informovanosti (edukace) hemato-onkologicky nemocných a jejich spokojenosti s ní. Do třetí části byly zařazeny otázky ke zjištění spokojenosti pacienta s implantovaným portem v průběhu intenzivní léčby. Konečně čtvrtá, poslední část, je zaměřena na zjištění kvality života nemocných s implantovaným portem (jde o standardizovaný dotazník kvality života EuroQol).

Výzkumné šetření přineslo zajímavá zjištění v oblasti implantace portu a vztahu pacientů k nim, dále v oblasti edukace pacientů a v neposlední řadě také v oblasti kvality jejich života.

3.6.1 Cíl č. 1

Prvním cílem bylo zjistit průměrnou délku zavedení portu. Otázka, která vypovídala o dané skutečnosti, měla číslo 6 a hypotéza (H1) uváděla předpoklad, že většina respondentů měla port zavedený více než 1 rok. Výpočtem z četnostní tabulky bylo zjištěno, že z celkového počtu 98 je nositelem portu déle než 1 rok 57 pacientů. Interval spolehlivosti 95 % tedy obsahuje i nižší hodnoty než je 50 %, a nelze tuto hypotézu přijmout.

Při srovnání dosaženého výsledku se staršími studii potvrdil výsledek zkoumání jejich závěry, že délka zavedení portu nepřekračuje v průměru jeden rok. Literatura uvádí různé průměry, např. 169 dnů³¹⁰ nebo 289 dnů³¹¹. V některých pramenech se sice můžeme dočíst o rozmezí 18-872dnů nebo 21-371 dnů, avšak za rozhodující jsme považovali uvedený průměr, neboť nebyly k dispozici podrobnější údaje. V pozdějších pramenech již údaje nasvědčují tomu, že lze mít port zavedený

³¹⁰ HÁJEK, R., SUCHÝ, T., JANDÍK, P., FISCHER, J., NAVRATIL, M., VOBOŘIL, Z., BUSTOVÁ, I., Využití portu Ella-Port® při zajištění dlouhodobého venózního a arteriálního přístupu, *Klinická onkologie*, 1996, č. 2, s. 65.

³¹¹ ŽÁK, P., TAUCHMAN, M., PODZIMEK, K., MIROVÁ, S., VOGLOVÁ, J., DULÍČEK, P., FILIP, S., CHROBÁK, L., Plně implantabilním portové systémy pro žilní aplikaci. Naše zkušenosti u 91 nemocných, *Vnitřní lékařství*, 1997, č. 5, s. 273.

děle a užívat ho i několik let. Například Hubáček uvádí průměrnou délku zavedení portu 459 dní s rozmezím od 7 do 1401 dne.³¹²

Diplomová práce nebyla zaměřena na zkoumání důvodu délky zavedení portu a toto by si vyžádalo samostatné šetření. Délku zavedení portu ovlivňuje zejména technická úroveň samotného portu, tolerance portu samotným klientem, prognóza jeho nemoci, dále metoda zavedení portu, rozsah a druh pooperačních komplikací a zvláště pak jeho správné ošetřování zdravotnickým personálem. Přestože se u zkoumaných respondentů nepotvrdilo užívání portu dle uvedené hypotézy, v literatuře lze sledovat prodlužování této doby.

3.6.2 Cíl č. 2

Druhým okruhem zjišťování byla oblast edukace. Rozdělili jsme ji na způsob edukace (a), k níž se vztahovaly dotazníkové položky 10-13 a míru edukace pacienta v souvislosti s implantací portu (b), jejíž vyhodnocení vychází z otázek 20, 21. Na základě shora uvedených dotazníkových otázek bylo vytvořeno následujících 6 hypotéz.

Hypotéza dvě (H2) vyslovila domněnku, že edukace má převážně slovní formu. Vyhodnocení této hypotézy bylo velmi jednoduché, neboť 98 respondentů sdělilo, že byli poučeni slovní formou. Můžeme tedy hypotézu bez problémů přijmout.

Opřeme-li tento výsledek o literaturu, tato zastává názor, že metoda mluveného slova ve zdravotní výchově je používána nejčastěji. Mimo jiné je zmíněná skutečnost dána důvodem, že se jedná o metodu patřící mezi nejstarší. Zdrojem informací je mluvená, tištěná nebo psaná řeč. Jde o nejběžnější a nejpřesvědčivější způsob odevzdávání poznatků, který současně formuje postoje, dává podnět k vytváření nových názorů jednotlivce nebo skupiny pro žádoucí chování. Výchovné působení slovem je v praxi velmi účinné.³¹³

Třetí hypotéza (H3) předpokládala, že nejméně u 90 % odpovídajících dochází k edukaci individuálně. Výsledek hodnocení byl stejný jako u hypotézy číslo dvě, a můžeme hypotézu H3 přijmout.

Stejně jako v pramenech je nutno tento výsledek hodnotit pozitivně, neboť individuální forma (rozhovor) je součástí zdravotní péče (a rovněž edukace) každého zdravotnického pracovníka. Rozhovor zdravotní sestry (zdravotníka) s pacientem nebo jeho blízkými nabývá stále větší význam.³¹⁴

Audiovizuální materiály jako letáky, edukační brožury, audio a video záznamy, mohou být užitečné, ale dobrého edukátora nenahradí. Přispějí sice ke zlepšení

³¹² HUBÁČEK, J., *Přístupy k centrální žilní kanylaci*, s. 9.

³¹³ ZÁVODNÁ, V., *Pedagogika v ošetrovatel'stve*, s. 34–35.

³¹⁴ Tamtéž, s. 40–41.

znalostí, ale nikoli dovedností nebo ke změně chování. Navíc není záruka, že jim nemocný dobře porozumí.³¹⁵

Kromě toho uvádí Perušičová, že „výhodou individuální edukace je možnost navození velice úzké spolupráce mezi nemocným a zdravotníkem, možnost přísně individualizovat plán edukace, stejně jako jeho okamžité přizpůsobení aktuální situaci nemocného, jeho stavu a průběhu jeho nemoci. Nevýhodou je značná časová, a tím i ekonomická náročnost. Tyto nevýhody nemá skupinová edukace, při níž lze taktéž diskutovat nad problémy jednotlivých pacientů, využít skupinové diskuse a vlastních zkušeností jednotlivých členů skupiny. Nevýhodou je nemožnost přísně individualizovaného přístupu.“³¹⁶

Hypotéza čtyři (H4) byla rozdělena na 2 části. První část předpokládala, že více než 50 % pacientů je edukováno v dostatečném předstihu před samotnou implantací portu. Ačkoliv z četnostní tabulky vyšlo najevo, že 57 pacientů z celkového počtu 98 bylo poučeno v dostatečném předstihu před implantací, 95% interval spolehlivosti obsahoval i nižší hodnoty než zmíněných 50 %, a proto nemůžeme tuto hypotézu v konečném důsledku přijmout.

Diplomová práce řeší edukaci v návaznosti na implantaci portu, takže zde můžeme použít postoj uvedený v literatuře, který uvádí: „Již příprava je rozhodnutím...“ Vzhledem k tomu, že implantace portového systému je (byť nevelkým) operačním zákrokem, považujeme důkladnou předoperační přípravu za nezbytnou součást algoritmu celého postupu. Pacient je podrobně a důkladně poučen o celém operačním zákroku i o případných komplikacích, což stvrzuje podpisem informovaného souhlasu. K dané hypotéze by tedy náležela správně odpověď, že jsou pacienti edukováni v dostatečném předstihu, což z vyhodnocení odpovědí nevyplývá.³¹⁷

První část této hypotézy potvrzuje její druhá část, která předpokládala, že po výkonu je edukováno maximálně 10 % pacientů. Z četnostní tabulky bylo zjištěno, že z celkového počtu 98 respondentů jich bylo 7 edukováno až po výkonu. Interval spolehlivosti 95 % obsahuje i vyšší hodnoty než 10 %, a tedy ani tuto část hypotézy čtyři nemůžeme přijmout. V návaznosti na shora uvedenou citaci literatury dokazují obě složky výše zmíněné hypotézy, že včasnost edukace nelze potvrdit.

Hypotéza číslo pět (H5) je také rozdělena do dvou částí. Zde je vyvozen předpoklad, že 90 % pacientů poučil výhradně lékař. Z četnostní tabulky bylo zjištěno, že 83 pacientů z celkového počtu 98 bylo poučeno lékařem. I v tomto případě tedy interval spolehlivosti obsahuje i nižší hodnoty než 90 % a hypotézu nemůžeme přijmout.

³¹⁵ JIRKOVSKÁ, A. a kol, *Jak (si) kontrolovat a léčit diabetes?*, s. 16.

³¹⁶ PERUŠIČOVÁ, J. et al., *Trendy soudobé diabetologie, svazek 3.*, s. 48.

³¹⁷ KAPLAN, Z., ONDRÁK, M., FAIT, V., SILÁK, J., SCHWANHAEUSER, K., SÝKOROVÁ, Z., Intravenózní portové systémy u onkologických pacientů MOU, *Klinická onkologie*, 2007, č. 3, s. 270.

Druhý díl této hypotézy vznáší premisu, že nejvýše 10 % pacientů poučila zdravotní sestra. Takto bylo postaveno výše zmíněné tvrzení proto, neboť se jedná o operační zákrok a kvalifikované poučení by tedy náleželo lékaři. Z četnostní tabulky vyplynul výsledek, že 15 pacientů z celkového počtu 98 bylo edukováno zdravotní sestrou. Vzhledem ke skutečnosti, že interval spolehlivosti 95 % obsahuje i vyšší hodnoty než 10 % i tato část hypotézy je nepřijatelná.

Ačkoliv výsledek vyhodnocení potvrzuje dělbu práce v edukaci mezi lékařem a zdravotní sestrou, není toto dělení přiměřené předpokladům.

Například Haškovcová uvádí: „Informovanost pacientů nespočívá jen na bedrech lékařů. V řadě zemí včetně ČR existuje obor ošetrovatelství jako samostatný obor a dokonce vysokoškolsky koncipovaný. V rámci dané výuky získávají absolventi oboru ošetrovatelství také teoretické vědomosti i praktické dovednosti, co a jakým způsobem mají nemocnému vysvětlit. Tímto způsobem pomohou značně zaneprázdněnému lékaři, který tak může svůj čas věnovat složitějším případům“.³¹⁸

Je otázkou diskuse, případně dalšího šetření, do jaké míry zvyšování podílu středních zdravotnických pracovníků na edukaci sleduje celosvětový trend a do jaké míry je tento vývoj ještě žádoucí.

Pro stanovení míry edukace pro jednotlivé stupně zdravotnických pracovníků je nutno také vzít v úvahu, že přetrvává názor pacientů přikládajících větší důležitost informacím a edukaci od lékaře, než od zdravotní sestry. Ve zdravotnických kruzích pak stále ještě není zcela brán zřetel na to, že kvalifikace zdravotních sester dnes již může být vysokoškolská, a tedy i příprava pro edukaci je na tomto stupni jejich vzdělání.

V neposlední řadě je předmětem diskuse, do jaké míry ovlivňuje objektivitu vyjádření pacientů v otázce edukace jejich snaha nevzbudit u lékaře nelibost a zajistit si tak jeho kladný přístup.

Nedílnou součástí hodnocení kvality a úrovně edukace při implantaci portu je také zjištění znalostí pacientů po předání informací (edukaci) ze strany zdravotnického personálu.

Šestá hypotéza (H6) předpokládala, že většina respondentů automaticky sdělí, že jsou nositeli portu, přijdou-li do jiného zdravotnického zařízení, než na kterém jim byl port implantován (FN Olomouc). V četnostní tabulce je patrné, že 76 pacientů z celkového počtu 98 automaticky sdělí, že jsou nositeli portu. 77,6 % pacientů má správné znalosti a protože také interval spolehlivosti obsahuje pouze hodnoty vyšší než 50 %, můžeme tuto hypotézu přijmout.

Následující sedmá hypotéza (H7) pracovala s tvrzením, že většina dotázaných po edukaci uvede opět správnou odpověď „do portu lze napichovat pouze speciální

³¹⁸ HAŠKOVCOVÁ, H, *Lékařská etika*, s. 56.

portové jehly“. Rovněž zde četnostní tabulka dokázala, že 63 pacientů z celkového počtu 98 odpovědělo správně, je to tedy 64,3 %. Interval spolehlivosti 95 % obsahuje pouze hodnoty vyšší než 50 %, a proto můžeme přijmout hypotézu sedm.

Kontrola znalostí pacientů po edukaci je nástrojem pro zjištění jejich kvality. Jak uvádí Závodná: „Hodnocení má za cíl zjišťování, posuzování stavu dosaženého edukačním procesem. Pakliže se proces edukace nezhodnotí, nezjistí se jeho efektivnost. Při absenci hodnocení není možné uskutečnit rozhodnutí o adekvátních změnách v edukaci. Intuitivní přístup k řízení změny bez poznání objektivních výstupů edukačního procesu nemůže být zárukou pro systémový přístup k edukaci“.³¹⁹

Správné odpovědi respondentů vztahující se k hypotézám šest a sedm napovídají, že informace jim poskytnuté pochopili a umí je aplikovat. Vypovídají také o kvalitě provedené edukace.

3.6.3 Cíl č. 3

Jak již bylo řečeno, třetím cílem bylo zmapovat jak portová komůrka ovlivňuje kvalitu života v oblasti fyzické a psychické.

Do oblasti fyzické jsme zahrnuli otázky I., II., III., IV ze čtvrté části dotazníku. Odpovědi na tyto otázky měly potvrdit nebo vyvrátit hypotézu číslo osm (H8) tohoto znění: „Zavedení portu neomezuje většinu respondentů při základních životních činnostech (pohyblivost, soběstačnost, běžné denní činnosti, bolest). Z četnostních tabulek bylo zjištěno v případě pohyblivosti, že 79 (80,6 %) pacientů nemá potíže při chůzi; v případě soběstačnosti 92 (93,9 %) respondentů uvedlo, že jsou soběstační a v případě běžných činností nemá 73 (74,5 %) pacientů problémy s jejich vykonáváním. Uváděné počty pacientů jsou z celkového počtu 98 respondentů a uvedená procenta jsou hodnocena při intervalu spolehlivosti 95 %, kde byly zjištěny vždy vyšší hodnoty než 50 %. Je nutno konstatovat, že u prvních třech okruhů k této hypotéze můžeme hypotézu přijmout.

U posledního okruhu, zkoumání toho, jak portová komůrka ovlivňuje kvalitu života v oblasti fyzické, tedy zda pacienti nemají bolest, dopadl výsledek odlišně od předchozího. 56 pacientů z celkového počtu 98 (57,1 %) nemá žádné bolesti. Na straně druhé však, při zjišťování s využitím 95% intervalu spolehlivosti, byl konstatován výskyt hodnot nižších než 50 %. Z toho plyne nemožnost přijmout platnost hypotézy k této poslední otázce. Pokud vyhodnotíme všechny otázky jako celek, dospějeme k jednoznačnému závěru, že zavedení portu neomezuje většinu pacientů v základních životních činnostech, toliko pociťují v nepatrném rozsahu bolesti.

S odvoláním na Hubáčka: „Člověk je stále více chápán v kontextu sociálních vztahů, zkoumá se vliv rodiny, přátel, dětí, pracovního prostředí, postavení ve společnosti, sociální izolace, materiální zabezpečení a celková životní úroveň.

³¹⁹ ZÁVODNÁ, V., *Pedagogika v ošetrovatel'stve*, s. 89.

Významnou složkou je také možnost pracovního uplatnění, která je u somaticky nemocných snížena³²⁰. Do tohoto okruhu nesporně patří také vymezení a zkoumání životních činností v rozsahu a způsobem, které byly zvoleny v této diplomové práci.

Citovaný autor, ale i další literatura uvádí, že složitost řešené problematiky omezuje volbu objektivních hledisek pro hodnocení kvality života, která je navíc sama o sobě pojmem subjektivním. Výsledky šetření této práce více méně korelují s literárními prameny. Z hlediska fyzického je, dle našich výsledků, kvalita života pacientů vyšší než při jiných způsobech aplikace obdobné léčby.³²¹

Jistá diskrepance se vyskytuje toliko u vnímání bolesti. Důvodem může být, že bolest je po únavě nejčastějším nepříjemným symptomem u hemato-onkologicky nemocných. V terapii se silné bolesti léčí opioidy, ale toto je již otázka lékaře, která nespadá do kompetence autorky této práce. Je potěšující, že i v naší republice přibývá pracovišť, kde je bolest u pacientů pravidelně hodnocena (monitorována) a je v dokumentaci vedena jako jedna z vitálních funkcí.³²²

Celkově můžeme uzavřít diskuzi k tomuto tématu konstatováním autorů Ondrák, M., Kaplan, Z., Šefr, R., Penka, I., Fait, V., Sýkorová, Z. uvádějících: „Nespornou výhodou je, že naprosto minimálním způsobem porty omezují pacienta v jeho každodenních aktivitách.³²³ Citované stanovisko zastává také většina dostupné literatury.

Neméně důležitým okruhem a mnohdy i důležitějším než okruh fyzických obtíží je ovlivňování psychiky zavedením portu jako cizorodého předmětu v těle.

Pacient prodělává při hemato-onkologickém onemocnění v průběhu tělesných obtíží často velmi dramatický proces psychické a existencionální adaptace. Zažívá mnohé ztráty, malá a občas i velká vítězství, mnoho věcí musí oželet, mnoho přehodnotit, mnoho přijmout.

Pro zjištění tohoto vlivu byly vybrány položky V., VI. ze čtvrté části dotazníku a 29, 30 z části předposlední.

K hypotéze devět (H9), která předpokládala, že většina pacientů v průběhu 12 měsíců hodnotí svůj zdravotní stav lépe, vyšly v tabulce četností následující výsledky. Z celkového počtu 98 respondentů považuje 42 (42,9 %) svůj současný zdravotní stav za lepší ve srovnání s posledními 12 měsíci. Vzhledem ke skutečnosti, že interval spolehlivosti 95 % obsahuje i hodnoty nižší než 50 %, nemůžeme hypotézu přijmout.

Hypotéza číslo deset (H10) stanovila premisu, že většina pacientů svůj port vůbec nevnímá. Četnostní tabulka vypověděla, že z celkového počtu 98 odpovídajících jich 57 nevnímá svůj port v době, kdy do něj nedostává žádné léky. Znamená to tedy,

³²⁰ HUBÁČEK, J., *Přístupy k centrální žilní kanylaci*, s. 5–6.

³²¹ Tamtéž.

³²² PAYNE, J. a kol., *Kvalita života a zdraví*, s. 294.

³²³ ONDRÁK, M., KAPLAN, Z., ŠEFR, R., PENKA, I., FAIT, V., SÝKOROVÁ, Z., Port a jeho úloha v léčbě onkologicky nemocných, *Praktický lékař*, 2005, č. 12, s. 680.

že 58,2 % pacientů svůj port vůbec nevnímá, avšak 95% interval spolehlivosti obsahoval i nižší hodnoty než 50 %. Nemůžeme tudíž ani tuto hypotézu přijmout.

Další, jedenáctá, hypotéza (H11) uvedla předpoklad, že většina pacientů kvůli nebezpečí poškození portu omezuje některé běžné denní činnosti nebo sportovní aktivity. Bylo zjištěno, že pouze 27 (27,6 %) respondentů z celkového počtu 98 některé své běžné denní činnosti nebo sportovní aktivity omezuje, neboť se obává poškození portu. V daném případě interval spolehlivosti 95 % obsahuje opět hodnoty nižší než 50 % a z tohoto důvodu hypotézu přijmout nemůžeme.

Poslední hypotéza vztahující se ke třetímu cíli, má číslo dvanáct (H12) a předpokládá, že život s portem psychiku nemocných neovlivňuje. Z četností tabulky vyplynulo, že 68 (69,4 %) pacientů z 98 nemá strach ani deprese, tudíž život s portem psychiku dle jejich výpovědi neovlivňuje. Tvrzení dokládá také 95 % interval spolehlivosti, ve kterém můžeme najít pouze hodnoty vyšší jak 50 %. Jednoznačně bylo prokázáno, že tato hypotéza je platná a přijata.

Shrňme-li výsledky výzkumného šetření této problematiky, dospějeme k závěru, že pacienti sice subjektivně nehodnotí svůj zdravotní stav v průběhu posledních 12 měsíců jako lepší, avšak jejich odpovědi na další otázky nasvědčují objektivně o velmi kladném vnímání implantovaného portu v průběhu běžného života a dobrém psychickém stavu respondentů. Prokázalo se, že většina svůj port skutečně vůbec nevnímá, jeho implantace pacienty neomezuje v každodenních činnostech a sportovních aktivitách a vůbec nemá negativní vliv na psychiku odpovídajících.

Tento závěr je potěšující i v kontextu publikovaných prací jiných autorů. Například Hubáček s odvoláním na výsledky měření kvality života uvedené v literatuře sděluje, že: „...port pacienty téměř neomezuje, kvalita života nemocných s portem je hodnocena jako velmi dobrá, pokud ji zásadně nezhoršuje základní choroba. Význam psychologických aspektů spočívá v životní spokojenosti, štěstí, schopnosti radovat se ze života a naplnění potřeb každého jedince. Na straně druhé mohou negativní aspekty, jako např. anxieta, deprese, neschopnost koncentrace, hněv, vztek a nepochopení podstaty choroby, snižovat úspěšnost léčby“.³²⁴

O významu psychického dopadu na rozhodování a chování pacientů před samotnou implantací portu svědčí také otázky jimi kladené: „Je to bezpečné? Nebude port na kůži vidět? Budu se moci sprchovat či koupat? Jak dlouho bude port zaveden? Budu moci sportovat? Pacient je často bezradný a není rozhodnut, zda si nechá port zavést. Pozitivní psychická motivace pacienta k zavedení portu je vhodná a pomáhá mu vyřešit zjevné i latentní psychotrauma. Dále mu poskytne odpovědi na výše uvedené otázky“.³²⁵

Pro upřesnění induktivní metody zkoumání byla použita ještě metoda poznávací. To znamená srovnání navzájem spolu korelujících otázek dle názoru autorky a s tím spojené hypotézy.

³²⁴ HUBÁČEK, J., *Přístupy k centrální žilní kanylaci*, s. 6, 26.

³²⁵ FRICOVÁ, J. a STRÁTESKÝ M., Implantabilní porty v léčbě chronické bolesti, *Bolest*, 2006, č. 28, s. 586.

Bohužel jsme nenašli k žádné z níže uvedených otázek adekvátní studii, která by se touto problematikou zabývala. Náš výsledek tedy nemůžeme s prameny srovnat. Můžeme toliko vyslovit vlastní domněnky, které logicky z výsledků vyplývají.

Využití poznávací statistiky se i v jiných výzkumech osvědčilo jako velmi dobrá myšlenka upřesňování výsledků šetření. Jejím využitím je možné předejít zbytečným nepřesnostem a subjektivnímu zkreslování získaných podkladů nebo naopak najít nová, dosud nepopsaná východiska.

Hypotéza třináct (H13) má negativní a pozitivní verzi, které označujeme H_{013} (nulová hypotéza) a H_{A13} (alternativní hypotéza). V rámci těchto otázek bylo zkoumáno, „zda existuje – neexistuje závislost mezi znalostmi pacientů v oblasti nošení portu (otázky 20, 21) a délkou implantace portu (otázka 6)“.

Odpovědi na tyto otázky byly vyhodnoceny jako správné a nesprávné. Délka implantace portu byla měřena na ordinální škále. Data byla shrnuta do kontingenční tabulky a vzájemná korelace byla ověřena Fischerovým přesným testem.

Fischerův přesný test neprokázal, že existuje závislost mezi správností odpovědí pacientů na otázku č. 20 a délkou implantace portu, $p = 0,484 > 0,05$.

Při srovnání otázky č. 21 Fisherův přesný test prokázal závislost mezi znalostmi pacientů v oblasti nošení portu a délkou jeho implantace. Pacienti, kteří nosí port kratší dobu, odpovídají správněji než ti, kteří mají port implantován delší dobu, $p = 0,016$.

Výsledky těchto dvou zkoumání tedy lze interpretovat tak, že delší doba implantace portu negativně ovlivňuje znalosti pacientů. Je předmětem diskuse, co vede pacienty k oslabení zájmu a vytěsnění znalostí, které se týkají právě této problematiky. Jejich postoje a znalosti může ovlivňovat běžná každodenní rutina, bezproblémové užívání portu, ale také objektivní či subjektivní zlepšení jejich zdravotního stavu.

V rámci diskuse bude ještě nutné vrátit se k otázkám dosud neuvedeným a nevyskytujícím se ani v rámci korelačního šetření, neboť nám pomohou k preciznějšímu a subtilnějšímu rozboru nastolených problémů.

Stejným způsobem byla ověřována platnost hypotéz označených číslicemi 14 – 18.

Hypotéza H_{014} a k ní uvedená alternativní H_{A14} stanovily předpoklady, „neexistuje – existuje závislost mezi vnímáním portu a délkou implantace portu“. K výsledkům byly použity otázky 29 a 6 dotazníku. V tomto případě Fischerův přesný test neprokázal existenci závislosti mezi vnímáním portu a délkou implantace portu, $p = 0,879 > 0,05$.

Vyhodnocením zjištěného výsledku je možno tvrdit, že délka implantace portu nemá v době, kdy do něj pacient nedostává žádné léky, vliv na jeho vnímání. Výše uvedené tvrzení je signifikantním potvrzením zjištění, které je uvedeno již k hypotéze 10.

Následující zkoumaný problém řeší závislost znalostí respondentů k jejich nejvyššímu dosaženému vzdělání. Hypotéza H15 definuje danou premisu tak, že „neexistuje – existuje závislost mezi nejvyšším dosaženým vzděláním respondentů a jejich znalostmi v oblasti nošení portu“.

Výpočet byl proveden ve dvou kontingenčních tabulkách. První tabulka srovnávala odpovědi na otázku 20 (reakce pacientů při příchodu do jiného zdravotnického zařízení než na HOK FN Olomouc) ve vztahu ke vzdělání respondentů (otázka 3). Druhá kontingenční tabulka zkoumala závislost odpovědí na vědomostní otázku 21 (zda je povoleno napichovat do portu i jiné než speciální portové jehly) a opět vliv stupně vzdělání na tuto znalost.

Fischerovým přesným testem nebyla prokázána závislost mezi nejvyšším dosaženým stupněm vzdělání pacientů a jejich vědomostmi v oblasti nošení portu. U obou otázek bylo $p > 0,05$ (0,906 a 0,904).

Výkladem dospějeme k závěru, že stupeň vzdělání nemá vliv u zkoumaného vzorku respondentů na jejich znalosti v problematice venózního portu.

Hypotéza ve dvou složkách (H_{016} , H_{A16}) stanoví dva předpoklady, a to, že „neexistuje – existuje závislost mezi pohlavím pacientů a jejich znalostmi v oblasti nošení portu“.

První kontingenční tabulka obsahovala srovnání závislosti mezi pohlavím a vědomostní otázkou 20. Fischerův přesný test v tomto případě sice neprokázal závislost mezi výše uvedenými „veličinami“, avšak hodnota korelačního koeficientu 0,0135 ($p = 0,071$) je signifikantně snižena a tendence nám naznačují, že ženy odpovídaly přece jen správněji než muži. Lze předpokládat při větším statistickém vzorku potvrzení této domněnky.

Ani druhá kontingenční tabulka nevyvrací předchozí závěr, neboť nedokazuje vyšší znalosti u mužů, nýbrž znalosti stejné. Zde tedy Fischerův přesný test neprokázal závislost mezi pohlavím pacientů a jejich znalostmi, $p > 0,05$ stejně jako u předchozí tabulky.

Předposlední zkoumaný okruh se vztahuje k hypotéze 17, která má opět dvě složky, a to H_{017} a H_{A17} . Byla vyslovena v této podobě: „neexistuje – existuje závislost mezi délkou implantace portu a výskytem potíží v souvislosti s ním“.

Kontingenční tabulka srovnává odpovědi na otázku 26 a 6. Fisherův přesný test neprokázal závislost mezi délkou implantace portu a výskytem potíží, $p = 0,690 > 0,05$.

Četnost obsažená v dané tabulce jednoznačně prokazuje, že délka implantace portu nemá vliv na další potíže pacientů v souvislosti s implantovaným portem.

Konečně poslední hypotéza, opět rozdělená na dvě části (H_{018} a H_{A18}), postuluje předpoklad, zda „neexistuje – existuje závislost mezi délkou edukace (otázka 19) a mírou znalostí pacientů v oblasti nošení portu (otázky 20, 21)“.

Odpovědi na tyto otázky byly vyhodnoceny jako správné a nesprávné. Data byla opět shrnuta do dvou kontingenčních tabulek.

Fischerův přesný test neprokázal, že existuje závislost mezi délkou edukace a mírou znalostí pacientů v oblasti nošení portu. V obou oblastech bylo $p > 0,05$ (naměřené hodnoty 0,809 a 0,225).

Při srovnání otázky č. 21 Fisherův přesný test neprokázal závislost mezi znalostmi pacientů v oblasti nošení portu a délkou jeho implantace. Pacienti, kteří nosí port kratší dobu, odpovídají správněji než ti, kteří mají port implantován delší dobu, $p = 0,016$.

Závěr byl zcela neočekávaný a překvapivý, neboť z obecné teorie je známo, že čím déle se člověk učí, tím větší a kvalitnější znalosti si osvojí, což se v našem výzkumném šetření nepotvrdilo. Vysvětlení tohoto jevu je velmi obtížné a diplomová práce neskýtá pro to dostatečný prostor. Je však nutno se nad zjištěním zamyslet.

V předchozí části diskuse jsme se zabývali otázkami a hypotézami, které by měly přispět k dosažení prvních třech stanovených cílů. Nelze však opomenout i ostatní položky dotazníkového šetření.

Dotazník, ze kterého jsme vycházeli obsahoval celkem 39 číslovaných položek a byl rozdělen do 5 částí, jak je uvedeno shora. První část obsahuje 7 demografických otázek. Úvodním zjišťovaným údajem bylo pohlaví respondentů. Ve zkoumané skupině dominovaly ženy. Ty byly zastoupeny v počtu 60 (61 %), mužů bylo pouze 38 (39 %). Tyto poměry se odvíjely od počtu osob, kterým byly u jednotlivých pohlavích implantovány porty.

Co se týče věkového rozložení, byla nejpočetněji zastoupena skupina ve věku 30 – 39 let, a to 24 (24 %) respondenty. Nejmladší respondent měl 20 let, naopak nejstarší zúčastněný byl ve věku 72 let. Svůj věk neuvedl 1 (1 %) dotázaný. Průměrný věk byl vypočten z respondentů, kteří věk uvedli, a činil 46 let. Z toho průměrný věk žen byl 45,73 let a mužů byl 45,86. Zmíněný údaj nasvědčuje tomu, že porty jsou implantovány na zkoumaném pracovišti v širokém věkovém spektru od 20 do 79 let dle skutečné diagnostické potřeby a výskytu onkologických chorob. Rozdíl mezi průměrným věkem mužů a žen byl zcela zanedbatelný, a tudíž pro hodnocení výsledků nemá žádný význam.

Z položky 3 vyplynulo, že základní vzdělání mělo 8 (5 %) dotázaných. Vyučeno bylo 17 (31 %) respondentů. Nejpočetnější skupina (20, tj. 42 %) dosáhla úplného středoškolského vzdělání s maturitou a vysokou školu absolvovalo 7 (22 %). Tento demografický údaj sám o sobě nemá vypovídací schopnost, avšak ve srovnání s úrovní edukace nás může orientovat a přispět k jejímu zaměření.

Otázkou zjišťující důvod implantace portu se zabývala položka 4. Bylo zjištěno, že nejvíce respondentů, tj. 47 (48 %), mělo port implantovaný při diagnóze Non-Hodkinův lymfom. Poněkud nižší, avšak významná skupina se skládala ze 38 (39 %) odpovídajících a trpěla Hodgkinovým lymfomem. Ostatní diagnózy byly

zastoupeny v nepatrném měřítku od 0 do 4 respondentů, čemuž odpovídalo i procentuelní vyjádření. Ze získaných informací lze dovodit, že port je implantován u všech onkologických onemocnění bez ohledu na prognózu dané diagnózy. Například u Non-Hodkinova lymfomu, kde byla implantace nejčastější, u agresivních forem může být prognóza pouze několik měsíců, ale v případě nízkého stupně malignity může být stav řadu let stacionární.³²⁶ Stejný autor uvádí v případě Hodgkinova lymfomu až 90 % možnost vyléčení těchto nemocných při včasném zachytu choroby.³²⁷

Lze se tedy důvodně domnívat, že u nemocných se špatnou prognózou vede k implantaci portu úsilí o zlepšení kvality zbytku života. U zbytku diagnóz s delším přežíváním může být důvodem implantace také usnadnění aplikačních postupů a snaha o snížení výskytu komplikací u nemocných. Popsané zjištění potvrzují i výstupy z jiných studií. Pro příklad můžeme uvést autory Hájek, R., Ševčík, P., Ondráček, J., Mayer, J., Vášová, I., Král, Z., Tomíška, M., Krahulcová, E., Penka, M., Kubešová, H., Fojtík, Z., Hejlová, N., Fraňková, H., Tobolíková, V., Kiss, I., kteří uvádí ve své studii podobné výsledky.³²⁸

Zajímavý je také údaj autorů Hájek, R., Ševčík, P., Ondráček, J., kteří uvádějí, že „...výběr nemocných byl omezen především na nemocné se špatným periferním žilním přístupem a předpokládanou dlouhodobou terapií. V současnosti se však použití portu rozšiřuje na všechny nemocné s předpokládanou dlouhodobou léčbou“.³²⁹ Můžeme tedy uzavřít tuto pasáž konstatováním správnosti našeho šetření.

V následující položce jsme zjišťovali dosavadní délku léčby u jednotlivých nemocných. Nejpočetnější skupinu nemocných tvořili pacienti, kteří se se svým onemocněním léčí v rozmezí do 3 let (38, tj. 39 %). Průměrná délka léčby byla zjištěna v rozsahu 4,62 let. Podpůrně výsledky této položky potvrzují závěry z položky předchozí.

Na dotaz: „Jak dlouho jste v současné době nositelem portu?“, odpovědělo nejvíce respondentů, tj. 57 (58 %), že mělo zavedený port déle než 1 rok. Jak již bylo v práci konstatováno, dochází ke stálému prodlužování „nošení“ portu. Tato metoda získala mezi jinými možnými přístupy pevné místo. Zmíněné výsledky byly již hodnoceny shora v rámci hodnocení korelačních tabulek a zde je tedy hodnocení toliko pro úplnost demografických údajů.

Poslední otázka z okruhu otázek demografických měla objasnit pohled pacienta na důvod implantace portu. Odpovědi byly rozděleny na vícečetné a jednoznačné. Převážná část odpovědí 70 (71 %) byla jednoznačná a uváděla jeden důvod implantace. Zde jednoznačně dominovala odpověď, „...snadná aplikace chemoterapie“, kterou uvádělo 43 (44 %) respondentů. Ve vícečetných odpovědích

³²⁶ BUREŠ, J., HORÁČEK, J., *Základy vnitřního lékařství*, s. 431.

³²⁷ Tamtéž, s. 427.

³²⁸ HÁJEK, R., ŠEVČÍK, P., ONDRÁŠEK, J., MAYER, J., VÁŠOVÁ, I., KRÁL, Z., TOMÍŠKA, M., KRAHULCOVÁ, E., PENKA, M., KUBEŠOVÁ, H., FOJTÍK, Z., HEJLOVÁ, N., FRAŇKOVÁ, H., TOBOLÍKOVÁ, V., KISS, I., Podkožní aplikační komůrkový systém („port“) při dlouhodobé léčbě onkologicky nemocných, *Vnitřní lékařství*, 1995, č. 41, s. 21.

³²⁹ HÁJEK, R., ŠEVČÍK, P., ONDRÁŠEK, J., *Implantabilní podkožní porty*, s. 7.

se vyskytovala chemoterapie v kombinaci i s jinými důvody v 10 případech (10 %) ze 28 zbývajících odpovědí. Je tedy zřejmé, že pacienti subjektivně spatřují důvod implantace v aplikaci chemoterapie. Tento subjektivní pohled pacientů potvrzují i jiné studie, neboť je konstatováno, že na onkologii se snaží dát port každému, u koho je předpoklad, že bude muset absolvovat několik cyklů chemoterapie.³³⁰

Stejná autorka také uvádí: „Pacienti si porty nemohou vynachválit. Ze začátku mohou pacienti port přijímat s nedůvěrou. Lidé z toho mají strach, nikdy o nějaké takové komůrce neslyšeli. Pak si ho ale nemohou vynachválit, zvláště ti, kteří mají zkušenost s tím, když sestry opakovaně a neúspěšně zkoušely získat přístup do periferního řečiště. Pro nás (sestry) je to také přínosné, nemusíme pokaždé hledat vhodné žíly. Nemusíme se také tolik bát, že si pacient během aplikace žilní vstup třeba neopatrným pohybem zničí – to se u kanyly stane snadno, s portem je pacient o poznání volnější,“ popisuje své zkušenosti sestra z onkologického oddělení.³³¹ Citovaný text opět potvrzuje dva důvody pro implantaci portu (kvalitu života a jednodušší aplikaci léčiv, což je výhoda jak pro pacienta, tak pro zdravotnický personál).

V části týkající se edukace přinesla zajímavá zjištění položka 8. Na otázku, zda byla pacientům dána možnost rozhodnout se o implantaci portu sdělilo 66 (67 %) respondentů „mohl jsem se rozhodnout sám, ale lékaři mi jednoznačně doporučili, že bych měl s implantací portu souhlasit.“ Bylo by zajímavé znát důvody, pro které lékaři jednoznačně pacientům implantaci portu doporučili. Zde ani nikde jinde v této práci nelze odpověď nalézt a zřejmě by i toto mohlo být k zamyšlení nad budoucím postupem lékařů při edukaci. Velmi pozitivně je nutno hodnotit druhou největší skupinu 28 (29 %) respondentů, kteří měli naprostou svobodu pro rozhodování. Hypoteticky lze odvodit, že tato skupina pacientů měla dostatečný přístup k informacím a časový prostor toto své rozhodnutí náležitě zvážit. Zarážející bylo zjištění, že 4 (4 %) respondenti uvedli nemožnost se rozhodnout o implantaci portu. Pokud by se takovéto případy staly pravidlem, svědčilo by to o jednoznačném nedostatku v edukaci a také v popření jednoho z práv pacientů. Edukace by se v žádném případě neměla omezit na vyžádání písemného souhlasu pacienta se zákrokem, nýbrž by měl mít dostatek informací, prostor pro doplňující otázky a čas ke zvážení. Implantace portu není záležitostí akutního neodkladného zákroku, kde mnohdy skutečně nelze zajistit pacientovi dostatečné podmínky pro samostatné rozhodnutí. Zde se jedná o plánovaný zákrok a uvedené zjištění by mohlo být impulzem k zamyšlení.

Výzkumné šetření nám také pečlivě zmapovalo, o kterých okruzích informací byli dotazovaní pacienti informováni a v jakém rozsahu. Edukaci v daném případě bylo možno označit za úspěšnou, neboť při vyjádření spokojenosti pacientů číselnou hodnotou (známkou od 1 do 4) by průměrná známka byla 1,44. Dotazníková položka

³³⁰ ONDRÍCHOVÁ, L., Porty – úleva a komfort pro pacienty i personál, *Medical Tribune*, [online], dostupné na WWW: <<http://www.tribune.cz/clanek/13516>>.

³³¹ Tamtéž..

byla rozdělena do šesti edukačních témat (operační rána, přípustné aktivity, kontrola a údržba portu, možné komplikace, výhody portu, případná rizika portu). Pozitivní bylo zjištění, že u všech témat byla edukace v nadpoloviční většině hodnocena velmi dobře (nejlépe). Nejúspěšnější předání informací bylo v oblasti pravidelných kontrol včetně „údržby“ portu, kde 71 (72 %) respondentů ohodnotilo edukaci velmi dobrým výsledkem. Poučení o kontrole a „údržbě“ portu je jedním z nejdůležitějších jak z hlediska pacienta, tak z hlediska zdravotníků. Neboť, jak říká literatura „při správné péči a udržování portu lze tento přístup využívat i několik let“.³³² Je to tedy v zájmu pacienta i zdravotníků. Naopak nejhůře ohodnocená byla oblast případných rizik portu, kde ji zhodnotilo 52 (53 %) odpovídajících velmi dobře. Bylo by špatné, kdyby tento stav byl motivován snahou edukátorů nevystrašit pacienta případnými riziky, které s sebou port nese, aby se pak pacient nerozhodl implantaci zamítnout.

U onkologických pacientů musíme předpokládat psychickou labilitu vycházející ze základního onemocnění. Pacient je často bezradný a není rozhodnut, zda si „nechá port zavést“. Proto je vhodné pacienta pozitivně motivovat k zavedení portu a podrobně s ním vše v klidu prohodit.³³³ Protože port je pro pacienty příslibem kvalitní péče, prodloužení života a zlepšení jeho kvality, je proto nutné jej do péče o port vtáhnout a zapojit. To se týká nejen prvotního poučení pacienta, seznámení s typem a velikostí implantátu, ale také instruováním nemocného před odchodem z nemocnice.³³⁴

Otázka 10. se týkala toho, které osoby edukaci prováděly, 11. kdy byli respondenti informováni o problematice portu, 12. jakou metodou a 13. jakou formou byli respondenti poučeni. Výsledky těchto položek byly detailně rozebrány v rámci hypotéz 2 – 5.

Z šetření vyšlo najevo, že 57 (58 %) dotázaným nebyly při edukaci poskytnuty žádné výukové materiály. 7 (7 %) respondentů uvedlo, že jim byly poskytnuty materiály nekvalitní a zbývajících 34 (35 %) respondentů sdělilo, že obdrželi materiály kvalitní. Tato poslední odpověď byla pro autorku více než překvapující, neboť v rámci hemato-onkologické kliniky se nesetkala s žádným edukačním materiálem a jediné, co lze takto s velkou nadsázkou označit, byl informovaný souhlas pacienta s implantací portu. Jedná se pouze o velmi strohý text bez ilustrační a vypovídající hodnoty zaměřený pouze na elementární informace, jež musí být nezbytně poskytnuty před samotným operačním zákrokem. Toto zjištění je zásadním potvrzením ostatních obdobných údajů o tom, že je nutno podobná pracoviště vybavit informačními letáky či brožurami, které poskytne zdravotnický personál pacientům v rámci edukace a při odchodu do domácího ošetřování. Neobáváme se vyslovit domněnku, že již na základě tohoto zjištění můžeme deklarovat správnost stanovení cíle číslo 5, to je vytvoření

³³² ONDŘICHOVÁ, L., Intravenózní porty – ne zcela využitá příležitost, *Medical Tribune*, [online], dostupné na WWW: <<http://www.tribune.cz/clanek/12819>>.

³³³ FRICOVÁ, J. a STRÍTESKÝ M., Implantabilní porty v léčbě chronické bolesti, *Bolest*, 2006, č. 28, s. 586.

³³⁴ OSTŘÍŽEK, T., Zásady péče o implantabilní podkožní porty u onkologických pacientů. *Univerzitní onkologické centrum Brno*. [online], dostupné na WWW: <<http://www.uoc.muni.cz/prezent1/porty.htm>>.

informační brožury či letáku pro klienty a jejich blízké o implantabilním podkožním portu.

Následující položka zjišťovala, zda respondenti čerpali informace o problematice portu formou samostudia. Zde byl výsledek rovněž poněkud překvapující, neboť implantace portu se osobně (fyzicky i psychicky) pacientů dotýká a přitom převážná většina z nich (71, 72 %) nejevila zájem o získávání informací samostudiem. Podotýkáme jen, že u této položky mohli respondenti zatrhnout více odpovědí. Z respondentů, kteří samostudium aplikovali, jich využilo 16 (17 %) letáky, brožury, knihy; 9 (9 %) internet; 2 (2 %) letáky, brožury, knihy i internet. Jako zdroj neuvedl žádný respondent televizní a rozhlasové pořady.

Skutečnost, že ani jeden respondent nebyl ovlivněn televizními a rozhlasovými pořady, byť se jich v televizi i rozhlase objevuje stále více, je zarážející a zasloužila by si další podrobnější rozbor, zda například není třeba změnit formu a obsah publikovaných zpráv a zda je v tomto směru popularizace medicínských a zdravotních otázek dostatečná.

Vzhledem k věkovému průměru respondentů (cca 44 let) bylo možno předpokládat značný zájem o samostudium, a to zejména prostřednictvím internetu. Obecně lze konstatovat, že vymoženost, jako internet, usnadňuje vyhledávání informací a je upřednostňován klienty středního věku. Je však nutné poukázat na možný výskyt nepřesných či nesprávných informací zde uveřejněných.

Jak uvádí Kajaba, internet patří k nejdůležitějším informačním zdrojům současnosti a informace z něj čerpané se stávají pro nemocné a jejich příbuzné samozřejmou součástí edukace o onkologickém onemocnění, postupu a možnostech léčby či případných nežádoucích účinků terapie.³³⁵

Přestože tento závěr naším výzkumem nebyl potvrzen, je nutno vysoce ocenit zpřístupnění internetu pro pacienty hemato-onkologické kliniky FN Olomouc v rámci projektu Internet pro pacienty – podaná „ruka“ nejen pro onkologické pacienty. Lze tedy předpokládat, že v průběhu několika let se připojení k internetu stane samozřejmou součástí poskytovaného standardu předních onkologických pracovišť.³³⁶

Odpovědi typu leták, brožura či kniha nás zaskočily, protože při důkladném prostudování „trhu“ s edukačními materiály jsme jich mnoho nezaznamenali, a to ani v rámci pracoviště, na kterém byl výzkum prováděn.

Faktem zůstává, že zájem o získávání informací se různí v závislosti na věku, vzdělání, pohlaví i diagnóze. V rámci korelační analýzy byly již tyto závislosti částečně zkoumány. Statistické zpracování dát nám nepotvrdilo závislost „chuti“ získávat informace na věku a nejvyšším dosaženém vzdělání respondentů. Samostatně

³³⁵ KAJABA, V., Projekt Internet pro pacienty (iPP) – pomocná „ruka“ nejen pro onkologické pacienty, [online], dostupné na WWW:

<[http://www.olhemdny.cz/abstrakta/byauthor.php?year\[rocnik\]=2009&abstracts\[prijmeni\]=Kajaba&abstracts\[jmeno\]=Václav313](http://www.olhemdny.cz/abstrakta/byauthor.php?year[rocnik]=2009&abstracts[prijmeni]=Kajaba&abstracts[jmeno]=Václav313)>

³³⁶ Tamtéž..

šetření by si vyžádala závislost na diagnóze, což už je ovšem nad rámec diplomové práce.

Za obecně platnou hypotézu lze však vyslovit názor, že pacienti se špatnou prognózou, v případě málo úspěšné léčby či dokonce v době, kdy už svůj život odpočítávají na měsíce, týdny, dny ztrácejí zájem získávat informace, a to nejen o portu, ale o své nemoci vůbec.

Z položky 16 vyšlo najevo, že téměř u všech respondentů 85 (87 %) byl zdravotnický personál vždy ochoten nebo téměř vždy (13, 13 %) ochoten odpovídat na jejich dotazy. Pro zdravotníky je toto zjištění velmi potěšující. Na straně druhé u jiných položek našeho šetření i z šetření dalších autorů vyplývá, že kvalita a důslednost edukace není vždy na tak vysoké úrovni, jak bychom si přáli.

Za velmi přínosné lze považovat odpovědi na položku 17 dotazníku (Jak si zdravotnický personál ověřil, zda jste podaným informacím porozuměl/a?). Z nasbíraných dat vyšlo najevo, že zdravotníci nejčastěji zjišťují, zda klient pochopil předané informace dotazem „Porozuměl jste všemu?“, a to u 66 (67 %) respondentů. Hned na druhém místě stála nechvalná odpověď 25 (26 %), „nikdo nezjišťoval, zda jsem podaným informacím porozuměl/a“. Pouze u 7 (7 %) odpovídajících bylo porozumění přednesené edukace ověřováno položením konkrétních kontrolních otázek.

Lze tedy říci, že zdravotnický personál sice informuje pacienta, ale skutečnost, zda pacient, laik, podaným informacím rozumí, nikdo dále detailně nezjišťuje.

Zajímavý je souvztah mezi předchozí otázkou a otázkou, zda respondenti postrádali během edukace nějaké informace, Navzdory popsanému způsobu edukace nepostrádalo 74 (76 %) respondentů žádné informace. 16 (16 %) dotazovaných nevědělo, zda dostali všechny informace o portové problematice a pouze 8 (8 %) odpovídajících bylo přesvědčeno, že nebyli informováni v plném rozsahu. Výsledek velkého počtu odpovědí, že dotázaní nepostrádali žádné informace, lze vysvětlit dvěma způsoby. Za první tím, že edukace byla prováděna profesionálně, kvalitně a naprosto bezchybně, což by bylo velmi potěšující a z předchozích závěrů bez jejich úplné syntézy lze toto tvrzení přijmout. Za druhé, že nedostatečný zájem o edukaci a absence potřebných informací se projeví teprve v okamžiku, kdy dojde k osobnímu problému pacienta. Nelze rovněž vyloučit nezájem ze strany pacienta o edukaci, který je podmíněn jeho špatným zdravotním stavem.

Průměrná doba edukace byla 29 minut. S tímto tvrzením se v podstatě ztotožnilo 27 (28 %) respondentů, kteří uvedli, že jejich edukace trvala přibližně půl hodiny. 49 (50 %) dotazovaných odpovědělo, že edukace byla do 15 minut, z čehož není jednoznačně průkazná přesná délka edukace. Naopak 5 (5 %) respondentů bylo edukováno déle jak 1 hodinu. Nelze dovést závěr, že edukaci byl věnován dostatečný čas, naopak ani čas nedostatečný, ale jeví se pravděpodobným, že edukace nebyla časově sjednocena. Lze to vysvětlit zaneprázdněností lékařů a možná neexistencí jednotného edukačního systému. Zjištění by tedy mohlo být podnětem k vytvoření

edukačního programu pro účely implantace portu a jeho užívání. Na straně druhé výsledky tohoto šetření, jak bude dále rozebráno, nasvědčují tomu, že pacienti byli s edukací spokojeni, o čemž svědčí jednak níže uvedené výsledky ve vědomostních otázkách a jednak celkové hodnocení edukace.

Následující otázky 20, 21 byly otázky vědomostní a měly zjistit základní znalosti respondentů o portové problematice. Dotazovaní měli možnost pouze jedné správné odpovědi a výsledky potvrdily, že respondenti dosáhli velmi dobrých výsledků, když se kladné odpovědi pohybovaly v rozpětí od 8/12 do 9/12.

Výzkumné šetření nám také pečlivě zmapovalo spokojenost s edukací. Kvalita edukace byla známkována jako „ve škole“ od stupně 1 do stupně 5. 62 (63 %) dotazovaných označilo svoji spokojenost s edukací známkou 1, 22 (22 %) známkou 2 a zbývajících 14 (14 %) známkou 3. Nikdo z dotázaných neoznámkoval edukaci 4 nebo 5. Průměrná známka za edukaci byla 1,51. Z hlediska subjektivního hodnocení respondentů a v návaznosti na předchozí zjištění lze dovodit závěr, že na pracovišti, kde byl výzkum prováděn, je úroveň a kvalita edukace velmi dobrá, ale nelze na tomto závěru ustrnout a nepokoušet se o další prohlubování kvality. Naopak je potřeba hledat případné nedostatky a tyto systémově odstraňovat.

Okruh otázek týkajících se spokojenosti pacientů s portem v průběhu intenzivní léčby zahrnuje otázky 23 až 32 ze třetí části dotazníku, přičemž otázky 29 a 30 byly již vyhodnoceny shora v návaznosti na rozbor vlivů portu na kvalitu života v oblasti psychické.

Nejdříve tedy měli pacienti srovnat pohodlí při podávání léčiv do portu s podáváním léčiv do žilního katétru. 70 (72 %) pacientů uvedlo, že pro ně byl port pohodlnější nebo výrazně pohodlnější ve srovnání s žilním katétre. 13 (13 %) respondentů neumělo otázku posoudit vzhledem k tomu, že jim byly vždy léky podávány pouze do portu. Ještě o jednoho méně, 12 (12 %) dotázaných uvedlo, že port je stejně pohodlný jako žilní katétr. Pouze 3 (3 %) pacienti z celkového počtu 98 respondentů hodnotili port jako mnohem méně pohodlný než žilní katétr.

Když pomineme skutečnost uváděnou v literatuře, že není nutno se tolik bát poškození žilního vstupu neopatrným pohybem pacienta³³⁷ a nemožnost propustit pacienta s žilním vstupem do domácího ošetření, tedy aspekty ošetrovatelské, docházíme k závěru, že pacienti subjektivně hodnotí „svůj“ port ve srovnání s žilním katétre jednoznačně kladně.

Tento závěr potvrzuje i Hubáček, který konstatuje: „S podáváním léčby přes port byli spokojeni muži i ženy – nepříjemné pocity uvádělo jen 10,2% pacientů. Nezjistili jsme statisticky signifikantní rozdíly mezi muži a ženami.“ Při srovnání s naším výzkumným šetřením lze konstatovat, že v našem případě nespokojen nebyl

³³⁷ ONDŘICHOVÁ, L., Porty – úleva a komfort pro pacienty i personál, *Medical Tribune*, [online], dostupné na WWW: <<http://www.tribune.cz/clanek/13516>>.

žádný pacient a převážná část pacientů vyslovovala spokojenost s aplikací léčiv do portu.³³⁸

Neméně důležitou otázkou byla snaha zjistit, zda respondenti pociťovali bolesti v místě implantovaného portu. 56 (57 %) respondentů uvedlo, že nepociťují žádné bolesti. Mírné bolesti, které je neomezují v denních aktivitách, přiznalo 39 (40 %) odpovídajících. Zbývající 3 (3 %) dotazovaní uvedli bolesti středně silné až silné, které částečně omezují jejich denní aktivity, v jejichž důsledku musí užívat analgetika. Žádný respondent neuvedl pocity velmi silných bolestí.

Tyto výsledky korelují s položkou IV, neboť hodnoty v obou tabulkách jsou takřka stejné. Četnostní tabulka týkající se bolesti (otázka IV.) již byla podrobně rozebrána v rámci hypotézy H 8.

Dříve citovaný text uváděl, že bolest je druhý nejčastější symptom u hematologických pacientů a o to více je potěšující, že naši respondenti trpěli bolestí minimálně a pokud ji měli, byli schopni uskutečňovat veškeré denní aktivity.

Bohužel pro objektivnější srovnání chybí studie, která by se zabývala otázkou bolesti u pacientů v souvislosti s implantovaným portem, takže se musíme spokojit s vlastním úsudkem.

Dalším zajímavým jevem byla informace o tom, zda respondenti měli v průběhu podávání léčiv do portu nepříjemné pocity. Velmi pozitivní byl fakt, že 64 (65 %) respondentů bylo bez nepříjemných pocitů a 34 (35 %) odpovídajících mělo nepříjemné pocity, ale tyto se daly vydržet. Velmi silné nepříjemné pocity, pro které by pacient odmítl podávání léčiv do portu, neuvedl žádný z dotázaných.

Zde bychom se při srovnávání s jinými studiemi mohli opět odvolat na již citovaný Hubáčkův závěr³³⁹, avšak naše výsledky vykazují podstatně kladnější závěry, což může být způsobeno tím, že výše citovaný autor měl osobní intenzivní kontakt s pacienty, možnost ověření jejich sdělení a byl důkladně seznámen s jejich zdravotním stavem, zatímco my jsme vycházeli pouze z dotazníkového šetření bez osobní znalosti pacienta.

Stále tedy zůstává řada otázek týkajících se vnímání portu ze strany pacientů ve vztahu ke kvalitě života, jež čekají na své zodpovězení. Zde je obtížné vytvořit hypotézu pro další zkoumání a určit tak, co je klinicky významným rozdílem vzhledem k subjektivitě posuzování pacientem, jeho příbuznými, ale i sestrami, lékaři a dalšími odborníky.

Dosavadní otázky šetřily bolestivost a nepříjemné pocity s konkrétním zaměřením, nyní se budeme zabývat dalšími obtížemi související s portem bez bližší podrobné specifikace. Z celkového počtu 98 (100 %) respondentů jich 73 (74 %) nemělo žádné další potíže a zbytek 25 (26 %) dotazovaných potíže mělo.

³³⁸ HUBÁČEK, J., *Přístupy k centrální žilní kanylaci*, s. 19–20.

³³⁹ Tamtéž.

Jsme nuceni bohužel přiznat, že tato otázka nebyla příliš přínosná, neboť nám nevyovídá o charakteru potíží v plném rozsahu. Z 25 respondentů někteří ani neuvodli charakter obtíží, většina uváděla komplikace medicínské (infekce, sepse, febrilie, trombózu apod.) a objevily se také komplikace kosmetické a alergie.

Podrobně se komplikacemi zabývají téměř všechny medicínské studie, ale toto je nad rámec naší diplomové práce a hodnocení medicínských komplikací je plně v okruhu lékařských kompetencí.

Otázka 27 souvisela s otázkou předchozí a vyjadřovala dobu výskytu dalších obtíží v souvislosti s portem u pacientů, kteří je vykazali (25, 26 %), a to ve třech časových intervalech. U 14 (15 %) respondentů nastaly další obtíže do 6 měsíců po implantaci portu, 6 (6 %) dotazovaných datuje vznik potíží do 1 měsíce od zavedení portu a téměř stejný počet 5 (5 %) sděluje, že potíže nastaly po více než půl roce užívání portu.

Nejčastěji se tedy vyskytují potíže do 6 měsíců po implantaci portu a lze vyslovit domněnku, že právě v tomto období bude nutno do budoucna potencionálním komplikacím věnovat zvýšenou ošetrovatelskou péči, aby byly včas diagnostikovány a mohly být léčeny. Ovšem i tuto úvahu nemůžeme opřít o odpovídající studie či jiný literární pramen.

Velice zajímavé zjištění přinesla další položka. Vyšel zde najevo údaj, že i přes seznámení s obtížemi, které port přináší nebo může přinést, by si 64 (65 %) respondentů nechalo port znovu implantovat a k opačnému závěru dospělo 34 (35 %) dotázaných.

Z tohoto lze dovodit, že přes reálné i latentní potíže mají pacienti k portu důvěru, a je pravděpodobné, že si také uvědomují (možná i na základě provedené edukace) jeho výhody nejen pro kvalitu života. Podrobnosti důvodů pro kladné nebo záporné stanovisko nám nejsou známy, neboť z dotazníku vyplývají pro tyto údaje pouze číselné údaje bez jejich konkretizace.

Následující položky 29 a 30 se týkaly vnímání portu v době bez terapie a obav z jeho poškození při denních činnostech a sportovních aktivitách. Tyto otázky přísluší 3. cíli, ve kterém zkoumáme kvalitu života respondentů v psychické oblasti. Vzhledem k tomu, že shora byly obě otázky detailně zhodnoceny, zbývá nám nyní pouze srovnání ze studií publikovanou Hubáčkem, který uvádí: „pacienti jsou s portem celkově spokojeni i době, kdy se do něj léčba nepodává. Pouze 5,1 % pacientů má v této době nepříjemné pocity. V našem případě pouze 9 % chápe port jako „nutné zlo“. Horší výsledky našeho šetření mohou být dány větším statistickým vzorkem respondentů a rozdílným vnímáním (citlivosti) portu respondenty v jednotlivých statistických souborech.

Navazující srovnání není příliš přesné, neboť v našem dotazu odpovídali pacienti, zda mají obavy, že se jim port poškodí při běžných denních činnostech a sportovních aktivitách. 60 (61 %) respondentů odpovědělo, že se aktivit neobávají,

27 (28 %) odpovídajících omezuje některé aktivity z důvodu této obavy, další 4 (4 %) respondenti o této skutečnosti nepřemýšleli, neboť port měli krátkou dobu a poslední skupina 7 (7 %) nebyla o možnosti poškození portu vůbec informována. Z tohoto lze vyvodit, že port většině respondentů v aktivitách nepřekáží.

Hubáček uvádí propracovanější údaje, a to jednak omezení v práci (8,5 %) pacientů, omezení ve volném čase (5,1 %).³⁴⁰

Pro rozdílnost srovnání svědčí stejné důvody, jaké byly uvedeny v předchozím tématu.

Položka 31 kladoucí otázku „Našly by se ve Vašem životě situace, ve kterých Vám port vyloženě překážel a vadil?“. Převážná většina respondentů 80 (82 %) popřela výskyt takovýchto situací a zbylých 17 (18 %) odpovídajících uvedlo výskyt situací, kdy jim port výslovně překážel a vadil.

Svým zaměřením i výstupy je tento dotaz velmi podobný dotazu 26, kde jsme zjišťovali výskyt dalších obtíží v souvislosti s portem. Znovu se potvrdilo, že negativní hodnocení portu dopadající na život a jeho kvalitu u respondentů je nepatrný. V dotaznících z 18 dotázaných, kteří obtíže potvrdili, opět někteří vůbec neuvedli jejich charakteristiku a ti, co ji uvedli, sdělili, že se obtíže projeví zejména v partnerském vztahu a pracovním životě.

Nejblíže pro srovnání se nám opět jeví studie publikovaná Hubáčkem, který mimo jiné uvádí i omezení ve vztazích s lidmi (6,8 %) a v sexuálním životě (8,5 %).³⁴¹

Vzhledem k tomu, že citovaný autor rozpracovává obtíže detailněji na jednotlivé kategorie, potvrzuje sice náš závěr, „výskytu obtíží v malém množství“,³⁴² ale uvedeným rozdělením a precizací dosahuje jiných statistických hodnot. Musíme sice připustit, že port může přinášet různé potíže, avšak jejich procento se blíží statistické nevýznamnosti.

V návaznosti na následující otázku, která hodnotí celkovou spokojenost s implantovaným portem, můžeme dovést závěr, že pacienti jsou spokojeni s portem z výše uváděných důvodů.

Shrňme tedy výsledky poslední otázky, které prokázaly, že 49 (50 %) respondentů je celkově s portem velmi spokojeno, 40 (41 %) spokojeno, 9 (9 %) stejně spokojeno jako nespokojeno. Velmi pozitivní je údaj, kdy žádný respondent nesdělil, že je s portem nespokojen či velmi nespokojen.

Tímto konstatováním uzavíráme kapitolu 3.

K ukončení diskuse nám ještě zbývá vyhodnotit standardizovaný dotazník EuroQol, tj. čtvrtou část dotazníku. Zkoumané položky 33 – 39 byly pracovníčně označeny římskými číslicemi I. – VII. Vrátime-li se v tomto textu zpět, zjistíme, že již

³⁴⁰ HUBÁČEK, J., *Přístupy k centrální žilní kanylaci*, s. 20.

³⁴¹ Tamtéž.

³⁴² Tamtéž.

byly hodnoceny v souvislosti s cílem 3 diplomové práce z hlediska ovlivňování kvality života portem po stránce fyzické i psychické. Omezíme se proto jen na krátkou číselnou statistiku výše uvedených položek a odpovědí.

Obtíže při chůzi nemělo 79 (81 %) respondentů, 1 (1 %) odpovídající byl upoután na lůžko a 18 (18 %) dotázaných pocíťovalo při chůzi určité potíže.

Ještě lepšího výsledku bylo dosaženo při zkoumání soběstačnosti respondentů, kdy 92 (94 %) bylo plně soběstačných, 5 (5 %) odpovídajících mělo problémy s mytím nebo oblékáním a 1 (1 %), který již výše uvedl, že je upoután na lůžko, nebyl schopen se umýt.

Velmi podobná zjištění vyplynula z následující položky, která se zabývala výkonem běžných denních aktivit. Nejvíce respondentů, tj. 73 (74 %) uvedlo, že nemají s výkonem těchto činností žádné problémy, 21 (21 %) problémy uvádí a 4 (4 %) nejsou schopni běžné činnosti vykonávat.

Výsledky šetření u poslední otázky v oblasti vlivu portu na fyzický stav dotázaných vztahující se k bolesti, přinesly diametrálně odlišné skutečnosti. Ačkoliv v předchozích oblastech hodnotila většina dotázaných vliv portu velmi kladně, zde jsme stejný výsledek neshledali. Přestože nadpoloviční většina dotázaných 56 (57 %) odpověděla, že bolestmi netrpí, u zbývajících 42 (43 %) se bolest vyskytla.

Přes nepříliš kladný výsledek u bolesti respondentů můžeme konstatovat, že port nezhoršuje zásadním způsobem kvalitu života v oblasti fyzické. Bude-li spojen tento závěr se závěry na jiném místě diplomové práce, dalo by se říci, že implantace portu výrazně přispívá k odstranění nebo zmírnění sociální izolace pacientů. Umožňuje jim běžný život a realizaci převážné části aktivit, které vykonávali před samotnou implantací portu, nebyl-li současně jejich zdravotní stav zhoršen z jiných příčin. Oporu tohoto tvrzení jsme již demonstrovali citacemi pramenů výše.

Dobrý psychický stav patří mezi velmi důležitá kritéria kvality života nemocných a můžeme směle říci, že je mnohdy důležitější než dobrý stav fyzický. Pacient v dobré psychické pohodě je schopen nacházet motivaci pro další život, jeho zlepšování a podílet se společně se zdravotnickým týmem na všech terapeutických postupech.

V současné době si medicínská veřejnost stále více uvědomuje význam psychiky pro uzdravování pacientů nebo alespoň pro využití zbytku schopností k plnohodnotnému vnímání života. Dospívá také k závěru, že mnoho nemocí má psychosomatický charakter.

Výsledek v oblasti psychického stavu našich respondentů byl proto velmi povzbudivý. 68 (69 %) odpovídajících nemělo strach ani deprese, jak uvedli ve svých odpovědích. 30 (31 %) respondentů sice vykazovalo strach nebo deprese, ale vůbec žádný netrpěl velkým strachem nebo těžkými depresemi.

Vede nás to k úvaze, že s pacienty v takto dobrém psychickém stavu je možno velmi úspěšně pracovat na zlepšení nebo alespoň udržení dobrého či přijatelného zdravotního stavu.

Již popsané otázky hodnotily objektivní ukazatele (pohyblivost, soběstačnost, běžné činnosti, bolest, psychický stav), ale následující otázka měla subjektivní charakter, neboť srovnávala dnešní zdravotní stav se zdravotním stavem v posledních 12 měsících z pohledu respondentů. Subjektivnost této otázky je zřejmá, neboť vnímání nemocných je ovlivněno mnoha aspekty. Dokonce i tím, v jakém momentálním rozpoložení se nemocní nacházeli při vyplňování dotazníku. Přes tuto subjektivitu byl výsledek hodnocení zajímavý, ale také velmi kladný. Přinesl totiž následující hodnoty – 51 (52 %) dotázaných označilo svůj zdravotní stav v tomto časovém horizontu za téměř stejný, velmi podobný počet 42 (43 %) za lepší. Nejdůležitější je, že pouze 5 (5 %) respondentů označilo zdravotní stav za horší.

Poslední otázka pak úzce navazovala na již vyhodnocenou. Respondenti zde měli na číselné škále od 0 do 100 vyjádřit vnímání svého aktuálního zdravotního stavu. Nejvíce odpovídajících, tj. 57 (58 %), jsme mohli nalézt v intervalu 76 — 100. V rozmezí 0 — 25 byli 3 nemocní. Přestože většina respondentů hodnotila svůj zdravotní stav v nejvyšším intervalu, při přepočítání všech hodnot by se dal průměr hodnocení dnešního zdravotního stavu vyjádřit číslem 75,5.

Tyto výsledky jsou přesvědčivým argumentem pro tvrzení, že zdravotní stav zkoumaného vzorku vnímali oslovení jako zlepšující se nebo alespoň se nezhoršující. Lze rovněž vyslovit domněnku, že k pozitivnímu vnímání kvality života nemocných přispěly také implantované porty.

Závěr

Předkládaná diplomová práce s názvem „Edukace onkologických pacientů v problematice venózních portů a hodnocení jejich spokojenosti s implantovaným podkožním portem v průběhu intenzivní léčby“ byla členěna na část teoretickou a praktickou.

Teoretická část se zabývala dosavadním vědeckým poznáním z oblasti implantovaného podkožního portu, dále pak problematikou kvality života v obecné rovině, a její závěr přinášel teoretické poznatky vztahující se k edukaci.

Praktická část si na začátku vytkla 5 cílů, jejichž naplnění bude v tomto závěru shrnuto a zhodnoceno. K prvním třem cílům byly vytvořeny příslušné hypotézy a správnost těchto hypotéz byla ověřena výzkumem.

Prvním cílem práce bylo zjistit průměrnou délku zavedení portu, čemuž posloužila hypotéza H1 a dotazníková položka 6. Cíl druhý zkoumal způsob a míru edukace v návaznosti na hypotézy H2 – H7 a dotazníkové položky 10 – 13 a 20, 21. Třetím cílem bylo zjišťování kvality života u hemato-onkologických pacientů se zavedeným portem, a to jak v oblasti fyzické tak psychické. Zde pak byly podkladem hypotézy H8 – H12 s dotazníkovými položkami I. – VI. a 29, 30. Jak již bylo zmíněno shora, výzkum byl zhodnocen za pomoci popisné i induktivní statistiky. K vyhodnocení popisnou statistikou posloužily zbylé hypotézy (H13 – H18). Poslední dva cíle měly praktický účel pro využití poznatků v edukaci, kde byl na základě získaných informací vytvořen leták o portech pro pacienty a jejich blízké (cíl čtyři) spolu s poskytnutím zpětné vazby z výsledků výzkumu diplomové práce pracoviště, na kterém byl prováděn (cíl pět).

O správnosti cílů čtyři a pět autorku utvrdilo podepsané sdělení jedné pacientky, které přiložila k anonymnímu dotazníku, když tak nemusela činit. Zde uvedla: *„Zdravím, píší Vám své jméno, neboť chci, abyste věděla, že Vaši práci oceňuji. Přeji Vám, aby se Vám velmi dařilo jak v pracovním tak i osobním životě. S. Ř.“*. Autorku výše citované řádky potěšily a zároveň přesvědčily, že lze pacienty lépe zaujmout a zapojit do úsilí, které souvisí s danou problematikou.

Část výzkumná byla realizována za pomoci anonymního dotazníku, při jehož konstrukci byl také využit standardizovaný dotazník EuroQol EQ-5D.

Nelze nezmínit, že tvorba a výběr správného dotazníku byla otázka velmi složitá, neboť ani dostupná literatura jednoznačně nedoporučuje pro výzkumy v oblasti hemato-onkologických pacientů jednotný dotazník. Toto můžeme demonstrovat v práci tří autorů. Hnilicová, H., která uvádí dva dotazníky (SF – 36, EORTC QLQ – C30), Sláma, O., připojuje další 2 dotazníky (FLIC, FACT), přičemž oba autoři

zmiňují, že uvedené dotazníky jsou směřovány především pro klinické studie a ne pro běžnou klinickou praxi.^{343, 344}

Třetí autor, který se zabýval přímo výzkumem problémů pacientů s porty, uvádí, že nenašli vhodný dotazník, který by pokrýval tuto oblast, a proto byli nuceni za pomoci psychologa vytvořit dotazník vlastní.³⁴⁵

Citované prameny byly důvodem toho, že autorka vytvořila vlastní dotazník s částečným využitím již zmíněného dotazníku standardizovaného.

Tento postup při výběru dotazníku není uváděn samoučelně, nýbrž by chtěl také upozornit na potřebu zamyslet se nad tvorbou dotazníků, ať již pro klinický výzkum, tak i pro praktické využití v užších oblastech zkoumání.

Před podrobným rozbořením výsledků výzkumných cílů 1 až 3 považujeme za potřebné krátce zrekapitulovat závěry zjištěné teoretickými poznatky, jež byly v diplomové práci uvedeny.

Veškerá literatura potvrzuje, že implantace portu je progresivní metodou ve světě i v ČR, stále více uplatňovanou pro bezproblémové, okamžité zpřístupnění nejen žilního řečiště za účelem chemoterapie, opakovaných odběrů krve, parenterální výživy aj. Dalším kladem je, že naprosto minimálním způsobem omezuje pacienta v jeho každodenních aktivitách. Pro zdravotníky je port také velkou výhodou, neboť manipulace s ním je snadná a zabere minimum času. Snižuje riziko možných komplikací ve srovnání s jinými metodami. V neposlední řadě je zde i výhoda ekonomická vyplývající ze skutečnosti, že léčba komplikací u jiných žilních přístupů je mnohem více finančně náročná, než náklady spojené s implantací portu.

Ve dvacátém století nabývala kvalita života obecně stále většího významu ve všech odvětvích lidské činnosti. Velmi významné je, že tento posun nastal i v medicíně. Implantovaný port je jedním z příspěvků medicíny ke zlepšení kvality života onkologických pacientů. Kritérii kvality pacientova života dle W. O. Spitzera jsou „pracovní schopnost, fyzická nezávislost na druhých lidech, finanční situace, způsob trávení volného času, bolesti pacienta, nepohodlí, nenálada, vědomí pacienta o následcích jeho nemoci, jeho komunikace s okolím a vztah pacienta s jeho primární sociální skupinou (přáteli, rodinou)“.³⁴⁶ I tato teoretická východiska byla zásadním impulzem pro další výzkumné šetření.

Posledním teoretickým základem diplomové práce bylo zdůvodnění významu edukace pro léčebný proces a rovněž pro kvalitu života pacientů. Literatura uvádí, že edukace je proces vzdělávání či výchovy, předávání informací, výuka nových návyků, stereotypů a dovedností.

³⁴³ HNILICOVA, H., Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví, *Kvalita života a zdraví*, s. 212–213.

³⁴⁴ SLÁMA, O., Kvalita života onkologicky nemocných, *Kvalita života a zdraví*, s. 291–293.

³⁴⁵ HUBÁČEK, J., *Přístupy k centrální žilní kanylaci*, s. 22.

³⁴⁶ KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, s. 168.

Cílem z hlediska této práce je dosáhnout takové úrovně vzdělání a takové pozitivní modifikace chování nemocného, která dovolí přenést na pacienta spoluúčast na léčbě jeho nemoci.³⁴⁷ V neposlední řadě je nutno edukaci považovat za významný způsob zlepšení kvality života jednotlivce i skupiny. Správná edukace by měla být vždy součástí léčby a poučený pacient je „lépe spolupracující pacient“. Edukaci tedy můžeme označit za proces vzdělávání pacientů za účelem navrácení zdraví. Obecně je známo, že vede ke snížení délky hospitalizace, do jisté míry pak zlepšuje subjektivní pocity nemocného a jeho vyrovnanější přístup k průběhu léčby.

Rozbor a shrnutí výsledků šetření patří k vyvrcholení prací majících obdobný charakter jako tato. Aby jej bylo možno považovat za úplný i validní, uvádíme ještě zajímavý postřeh týkající se metody šetření.

V průběhu práce bylo několikrát zdůrazněno použití dotazníku. Literatura uvádí, že „tato metoda se pro sledování spokojenosti pacientů používá nejčastěji. Sitzia zjistil, že 64 % všech satisfakčních výzkumů bylo realizováno touto formou. Použití této metody má i přes její oblibu řadu úskalí. Existuje řada metodologických faktorů, které ovlivňují validitu a hodnověrnost získaných výsledků. K nejdůležitějším patří: psychometrické vlastnosti dotazníku (kvalita), strategie výběru respondentů, návratnost dotazníků (tj. procento vrácených a řádně vyplněných dotazníků), forma otázek, způsob sběru vyplněných dotazníků.“³⁴⁸

S vědomím si zmíněných rizik uvádíme námi zjištěné výsledky pro jednotlivé cíle.

Cíl 1 – Zjistit průměrnou délku zavedení portu

Hypotéza (H1) předpokládala, že většina respondentů má zavedený port déle než 1 rok. Přestože většina respondentů, tj. 57 (58 %), v dotazníkovém šetření odpověděla, že má port implantován déle jak 1 rok a prostým i váženým průměrem bychom dospěli k hodnotě nad 12 měsíců, popisná statistika došla k jinému závěru. Výpočtem stanovila směrodatnou odchylku s hodnotou $\pm 9,8$ a 95 % interval spolehlivosti tím nabýval hodnot od 48,4 do 67,9. Obsahoval tedy i hodnoty nižší než 50 % (většina), a tudíž nemůžeme hypotézu H1 přijmout.

Ač nedošlo k potvrzení hypotézy a starší prameny uvádějí průměrnou délku zavedení portu méně jak jeden rok, studie již citovaného autora Hubáčka se s výše uvedeným tvrzením neztotožňuje. Uvádí průměrnou délku zavedení portu 459 dní, což je déle jak jeden rok. Lze to považovat za zajímavou tendenci způsobenou mnoha důvody, mezi něž patří vývoj materiálů a technologií při výrobě portu, zdokonalení techniky zavádění portu a ošetrovatelské péče.

³⁴⁷ PERUŠIČOVÁ, J. et al., *Trendy soudobé diabetologie, svazek 3.*, s. 39–40.

³⁴⁸ HNILICOVA, H., Spokojenost pacientů jako součást hodnocení kvality léčebné péče a metody jejího sledování, *Kvalita života a zdraví*, s. 271–272.

Přes obtíže s vyhodnocením uvedených výsledků byl cíl 1 splněn.

Cíl 2 – Zjistit způsob a míru edukace v souvislosti s implantovaným portem

Hypotéza (H2) vyslovila domněnku použití převážně slovní formy edukace a šetření ji beze zbytku potvrdilo. Všech 98 respondentů uvedlo tuto odpověď.

Hypotéza (H3) předpokládala převážně individuální způsob edukace. I v tomto případě jsme konstatovali její přijetí, neboť v 98 odpovědích stálo: „byl/a jsem edukován/a individuálně“.

Hypotéza (H4) nám objasnila dobu, kdy k edukaci došlo. Předpokládali jsme, že více jak 50 % pacientů bylo edukováno v dostatečném předstihu před samotnou implantací portu a že po výkonu bylo edukováno maximálně 10 % pacientů. Ani jedno tvrzení nebylo možno přijmout v návaznosti na statistický výpočet, v němž 95 % interval spolehlivosti obsahoval i nižší hodnoty než 50 % a vyšší hodnoty než 10 %.

Hypotéza (H5) stanovila dvě premisy – nejméně 90 % pacientů poučil výhradně lékař a nejvýše 10 % pacientů poučila zdravotní sestra. Konstrukt této hypotézy vycházel ze skutečnosti, že jde u implantace portu o „operační výkon“ a zde má lékař stěžejní edukační roli. Blíže jsme se zabývali touto otázkou v diskusi, včetně možného nárůstu edukační role zdravotních sester, která vychází ze zvyšování kvalifikace zdravotních sester.

Stejně, jako u předchozí hypotézy, nebyla výpočtem prokázána správnost stanovené hypotézy H5 a byli jsme nuceni ji zamítnout.

Předchozí čtyři hypotézy se zabývaly způsobem edukace a následující dvě se týkají míry edukace respondentů a úrovně jejich znalostí.

Hypotéza (H6) předpokládala, že většina respondentů automaticky sdělí při příchodu do jiného zdravotnického zařízení, než kde jim byl port implantován, že jsou jeho nositeli. Z celkového počtu 98 respondentů jich 76 (77,6 %) odpovědělo správně na vědomostní otázku: „Jak se zachováte, přijdete-li do jiného zdravotnického zařízení, než do FN Olomouc?“. Tento výsledek nepopřely ani závěry popisné statistiky, a proto můžeme hypotézu H6 přijmout.

Odpověď na hypotézu (H7), tvrdící, že většina respondentů bude vědět jaké jehly lze napichovat do portu, byla opět vědomostní a předpokládala jedinou správnou odpověď. Takto odpovědělo 63 (64,3 %) pacientů. Obdobnou výpovědní hodnotu měl i výpočet týkající se intervalu spolehlivosti, u něhož bylo uváděné procento vyšší než 50. Můžeme proto hypotézu přijmout.

Shrnutím výsledků hypotéz H2, H3 a jejich srovnáním s literaturou bylo potvrzeno, že na zkoumaném pracovišti jsou používány nejčastější a nejvhodnější metody edukace. Oproti předpokladu v hypotéze H4 nebyla zjištěna žádoucí doba, kdy k edukaci došlo a v hypotéze H5 byl zjištěn vyšší podíl na edukace zdravotní sestrou a nižší pak ze strany lékaře proti předpokladu.

Můžeme zde konstatovat, že u způsobu edukace jsou mírné odchylky od očekávání a stálo by za úvahu zamyslet se nad jejich důvody. Napadá nás, že jedním z důvodů může být velká pracovní zátěž kladená na všechny zdravotnické pracovníky, jejich nedostatek a permanentní zaneprázdněnost, až přetíženost lékařů. Na straně druhé, i přes nedostatky ve způsobu edukace, byly zjištěny velmi dobré výsledky, shrneme-li odpovědi na hypotézy H6, H7.

Celkově tedy dospějeme k závěru, že edukace a její výsledky na zkoumaném pracovišti jsou velmi uspokojivé, a to i přes otázku, která je vhodná k zamyšlení, jež by mělo vést ještě k dalšímu prohloubení edukace. Možná by stálo za to podpůrně uvést hodnocení hemato-onkologické kliniky ve výzkumu, který byl zveřejněn MF Dnes na konci měsíce února 2010 v článku nazvaném „Jaká je Vaše nemocnice“. Článek popisoval výsledky průzkumu zadaného Ministerstvem zdravotnictví s názvem „Kvalita očima pacientů“. Lidský faktor sehrává při hodnocení práce zdravotníků nejdůležitější roli, neboť pacienti vnímají jako základní kvalitu milé sestřičky a přístupné lékaře. Lze se ztotožnit s tím, že důležitější, než prostředí je pro pacienty přístup zdravotnických pracovníků, komunikace s nimi a dostatek srozumitelných informací.³⁴⁹ Z tohoto pohledu zdravotničtí pracovníci hemato-onkologické kliniky obstáli, neboť dosáhli 97 % spokojenosti u pacientů. V této rovině je rovněž potvrzen význam edukace, jejíž nespornou součástí je i komunikace.

Přestože některé hypotézy v této části nebyly potvrzeny, byl cíl 2 splněn.

Cíl 3 – Zmapovat, jak portová komůrka ovlivňuje kvalitu života nemocných v oblasti fyzické i psychické

Hypotéza (H8) předpokládala, že zavedení portu neomezuje většinu respondentů při základních životních činnostech, čímž byla myšlena pohyblivost, soběstačnost, běžné denní činnosti a rovněž bolest, která může mít vliv na výkon ostatních činností. K vyhodnocení tohoto cíle byly použity odpovědi na otázky I. – IV. z poslední části dotazníku. Způsob hodnocení všech čtyřech okruhů je podrobně uveden v diskusi i grafické a tabulkové části práce. Shrňme proto jen nejzajímavější výsledky a vyvodíme z nich závěr.

V případě pohyblivosti bylo 79 (80,6 %) respondentů bez potíží při chůzi. K úplné soběstačnosti se přiznalo 92 (93,9 %) odpovídajících. Hodnota běžných činností je obdobná jako výsledek zjištěný u pohyblivosti, neboť běžné činnosti může

³⁴⁹ RAITER, T., Jaká je vaše nemocnice? *Mladá fronta Dnes – Střední Morava*, 2010, č. 26.2., s. E1–E2.

samostatně vykonávat 73 (74,5 %) pacientů. Pro tyto tři okruhy můžeme tedy dle intervalů spolehlivosti 95 % hypotézy přijmout, neboť nevykazují nižší hodnoty než 50 %.

Opačné zjištění však bylo konstatováno u bolesti, kterou nepocíťovalo vůbec 56 (57,1 %) respondentů a zbylých 42 (42,9 %) uvedlo, že trpí mírnými bolestmi, které neomezují jejich výkon denních aktivit. Tuto hypotézu nemůžeme v důsledku hodnot na intervalu spolehlivosti přijmout, neboť uvádí i nižší hodnoty než 50 %.

Celkovou sumarizací zmíněných čtyřech otázek a odpovědí na ně jsme dospěli k závěru, že v oblasti fyzické port neomezoval naše pacienty a můžeme tedy hypotézu (H8) jako celek přijmout.

Hypotéza (H9) vyslovila domněnku, že většina respondentů v průběhu posledních 12 měsíců hodnotí svůj zdravotní stav lépe. Z podkladů výzkumného šetření vyplývá, že lépe ohodnotilo svůj zdravotní stav pouze 42 (42,9 %) pacientů, což se na 95% intervalu spolehlivosti projevilo i výskytem nižších hodnot než 50 %, a tudíž tato hypotéza nemohla být přijata.

Hypotéza (H10) stanovila, že většina pacientů svůj port vůbec nevnímá. Z celkového počtu 98 dotazovaných tento údaj vypovědělo 57 (58,2 %) respondentů. Hypotéza nemohla být přijata, protože 95% interval spolehlivosti obsahoval i hodnoty pod 50 %.

Hypotéza (H11) tvrdila, že většina pacientů kvůli nebezpečí poškození portu omezuje některé činnosti během dne nebo sportovní aktivity. Skutečnost omezování běžných denních činností či sportu potvrdilo pouze 27 (27,6 %) odpovídajících, a proto nemůžeme hypotézu H11 přijmout.

A konečně poslední hypotéza (H12) předpokládala, že život s portem psychiku nemocných neovlivňuje. Tentokrát výsledek výzkumného šetření hypotézu potvrdil, protože 68 (69,4 %) pacientů nemá strach ani deprese, a tudíž život s portem jejich pocity neovlivňuje.

Vyhodnocením popsáných hypotéz lze nastolit závěr, že v oblasti psychické implantace portu má sice jistý dopad, avšak neovlivňuje zásadním způsobem negativně kvalitu života pacientů. Tento závěr je zcela logický, neboť srovnání duševního stavu se stavem fyzickým vychází z hlediska subtilnosti jednoznačně ve prospěch psychiky, a bylo by s podivem, kdyby se vůbec žádný negativní vliv neprojevil. Subjektivně jsou také pacienti ovlivňováni svou nemocí a lze se domnívat, že případné psychické problémy přičítají implantovanému portu.

Rovněž tento cíl 3 můžeme považovat za splněný.

Cíl 4 – Vytvořit informační leták o portech pro pacienty a jejich blízké

Doposud jsme se v závěru zabývali okruhy otázek, které se přímo vztahovaly k cílům práce, avšak pro úplné z hodnocení výzkumu je zapotřebí se zmínit ještě o několika zajímavých zjištěních, která nebyla v závěru rozvedena.

Položka 8 objasňovala možnosti pacientů při svobodné volbě rozhodnutí, zda si nechají port implantovat. Z dotázaných osob jich 66 (67 %) sdělilo, „že se sice mohli rozhodnout sami, ale lékaři jim jednoznačně doporučili souhlasit s implantací portu“.

Důvody lékařů pro doporučení určitě byly závažné a navíc, jak jsme zjistili, je implantace portu velmi dobrou metodou. K zamyšlení však zůstává, zda ovlivňování pacientů lékaři nepřekračuje někdy žádoucí míru a nestává se tak manipulací. V návaznosti na to bylo zarážející zjištění, že 4 (4 %) respondenti uvedli nemožnost se rozhodnout o implantaci.

Výsledky šetření vztahující se k důležitosti edukace jednoznačně prokázaly potřebnost edukačních materiálů, protože v 57 (58 %) případech neobdrželi pacienti žádné výukové materiály. Dalších 7 (7 %) respondentů obdrželo dle jejich slov „materiály nekvalitní“.

V návaznosti na literaturu je nutno znovu vysoce ocenit zpřístupnění internetu pro edukaci pacientů. Jak uvádí Kajaba: „Zahraniční zkušenosti ukazují, že fenomén internetu má nezastupitelnou úlohu v získávání informací pro onkologické pacienty...“. Naskýtá se myšlenka, jakým způsobem zajistit, aby tyto informace byly vždy validní a šly s trendem moderní medicíny.³⁵⁰ Jde zejména o to, aby byly stanoveny mechanismy odpovědnosti za správnost informací a jejich kontrola. Dokladem zmíněného závěru jsou již vzniklé webové stránky www.porty.cz z roku 2007, které však ve své podstatě neobsahují žádné aktuální údaje a jsou stále v přípravě.

Dalším důležitým poznatkem je ověřování, jak pacienti porozuměli poskytnutým informacím. Z otázky 17 vyšlo najevo, že u 25 (26 %) respondentů vůbec nikdo nezjišťoval, zda podaným informacím porozuměli. Zdravotníci totiž nejčastěji zjišťují pochopení informací klientem položením dotazu: „Porozuměl jste všemu?“, což uvedlo 66 (67 %) odpovídajících.

Zjištění je jednoznačným podnětem pro vypracování edukačního systému, v němž by bylo žádoucí vymezit standardy edukace.

³⁵⁰ KAJABA, V., Projekt Internet pro pacienty (iPP) – pomocná „ruka“ nejen pro onkologické pacienty, [online], dostupné na WWW:
<[http://www.olhemdny.cz/abstrakta/byauthor.php?year\[rocnik\]=2009&abstracts\[prijmeni\]=Kajaba&abstracts\[jmeno\]=Václav313](http://www.olhemdny.cz/abstrakta/byauthor.php?year[rocnik]=2009&abstracts[prijmeni]=Kajaba&abstracts[jmeno]=Václav313)>.

V položce 19 byla zjišťována doba edukace. Nepotvrdila ani nepopřela, zda čas věnovaný edukaci byl dostatečný. Na straně druhé je možno z těchto výsledků dovodit, že edukace nebyla časově sjednocena, což vede k dalšímu závěru potřebnosti systémových opatření.

Shrneme-li všechny dosavadní závěry a předchozí zjištění, včetně subjektivního hodnocení respondentů, objektivního vyhodnocení autorky za pomoci statistických metod a v návaznosti na literární prameny, konstatujeme, že na pracovišti, kde byl výzkum prováděn (hemato-onkologická klinika FN Olomouc), je úroveň a kvalita edukace velmi dobrá.

Dále bylo uvedeno a doloženo v předchozích pasážích, že nejcennější je edukace osobní, avšak výukové materiály, v našem případě edukační leták, mohou být velmi užitečné, neboť povedou k dalšímu zlepšení vědomostí pacientů.

Na uvedených skutečnostech nic nemění ani dílčí zjištěné nedostatky, protože výsledek edukace na tomto pracovišti jednoznačně prokázal dobré výsledky, zejména pak ve znalostech edukovaných pacientů. Pro vysvětlení této zajímavé skutečnosti nám nezbude než použít opět jeden z pramenů, kde Jirkovská uvádí: „Je známo, že nejlepší edukátor je ten, kterému tato práce přináší radost a uspokojení. Známa edukační zásada říká, že jestliže něco pacientům radíme, neznamená to automaticky, že všemu naslouchají a všemu rozumějí, ale i když radám rozumějí, není samozřejmé, že je budou ve svém životě dlouhodobě aplikovat. Mezi základní vědomosti dobré zdravotní sestry patří citlivý přístup k pacientům, při němž nedává striktní příkazy, ale spíše rady, a také schopnost rozpoznat, co může rozhodnout jako sestra samostatně a kdy se má raději poradit s lékařem“.³⁵¹

Tvrzení citované autorky také demonstruje již shora citovaný článek v MF Dnes, který uvedl, že na hemato-onkologické klinice je přístupný a milý personál.³⁵²

Je tedy zřejmé, že veškeré materiální, organizační a jiné nedostatky lze odstranit osobním angažovaným přístupem zdravotnického personálu, ale vyžaduje to mimořádnou snahu a úsilí. V daném případě se to pracovníkům kliniky podařilo.

Závěr ukončíme deklarováním, že práce shromáždila potřebné podklady umožňující zpracování příloženého informačního letáku pro pacienty s implantovaným podkožním portem a jejich blízké, čímž byl splněn cíl 4.

Cíl 5 – Poskytnout zpětnou vazbu z výsledků výzkumu DP pracovišti, na kterém byl výzkum prováděn

Následující doporučení pro praxi bude předmětem seznámení pracovníků daného pracoviště, stejně tak jako ostatní výsledky práce. Forma seznámení bude

³⁵¹ JIRKOVSKÁ, A. a kol, *Jak (si) kontrolovat a léčit diabetes?*, s. 18.

³⁵² RAITER, T., *Jaká je vaše nemocnice? Mladá fronta Dnes – Střední Morava*, 2010, č. 26.2., s. E1–E2.

stanovena po konzultaci s vedoucím/konzultantem diplomové práce a dle požadavků vrchní sestry hemato-onkologické kliniky FN Olomouc. Nastíněným postupem je naplněn stanovený cíl 5.

Doporučení pro praxi

1. Edukaci pacientů s implantovanými porty je potřeba, přes dosavadní dobré výsledky, dále prohlubovat, protože se tím přispěje ke správnému zacházení s porty ze strany pacientů a jejich poučenost může předejít případným komplikacím nebo je alespoň včas zachytit.
2. Edukaci je žádoucí vést systémově, k tomu vypracovat její odpovídající standardy zaměřené na motivaci pacientů, upevnění pozitivních návyků, odstranění nejistot pacientů, podporování soběstačnosti, které budou poskytovat relevantní zpětné vazby pro edukátory.
3. Pacientům by měly být předávány kvalitní edukační materiály, neboť pomohou k prohloubení vědomostí jak pacientů po jejich propuštění, tak jejich blízkých.
4. Vzhledem k obecné absenci výukových materiálů by bylo možné tuto mezeru zaplnit, při použití kvalitně zpracovaného textu ve FN Olomouc, který by mohl být využit i v menších nemocnicích spádové oblasti. Limitním faktorem je nákladnost vydání takovýchto materiálů.
5. Využití internetových informací je nutno považovat za žádoucí, ovšem bude-li dosaženo jejich dostatečné kvality a validity. Omezující však může být věk a momentální zdravotní stav nemocného.
6. V návaznosti na stálé zvyšování kvalifikace zdravotních sester stojí za zvážení, zda není možné přenést větší podíl edukace na ně, i když se jedná o „malý operační výkon“, čímž by se odlehčilo již tak přetíženým lékařům. V tomto bodu je naplnění doporučení závislé na dostatečném počtu dostatečně kvalifikovaných zdravotních sester.
7. Nesporným přínosem, ale také nejtěžším úkolem, by bylo vytvoření dotazníku pro výzkum kvality života a ostatních skutečností u pacientů s implantovaným portem. Takovýto dotazník by měl být použitelný jak v klinické praxi, tak v praktické oblasti zkoumání.

Doporučení této práce by mělo posloužit k ulehčení práce zdravotníků a její zkvalitnění. Pro pacienty by znamenala významnou pomoc k tomu, aby se naučili žít se „zdravotním postižením“, žít cele v přítomnosti, neutápět se v minulosti ani ve fantastické budoucnosti. Navržený postup by umožnil učit pacienty mít život rád, i když je to v daném případě mnohdy dosti těžké a vzdor všemu se radovat z každé maličkosti.³⁵³

³⁵³ KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, s. 108–109.

Bibliografie

Monografie, skripta atd.

1. *Amsterodamská deklarace – Deklarace práv pacientů v Evropě* (1994).
2. B. BRAUN. *Příručka pro klienty s implantovaným podkožním venózním portem*. Praha: B. Braun Medical s.r.o., 17 s.
3. B. BRAUN. *Implantabilní podkožní porty ... řešení pro dlouhodobé podání léků (příručka pro profesionály)*. Praha: B. Braun Medical s.r.o. 8 s.
4. BASTL, Pavel, ŠVEC, Vlastimil. *Zdravotník lektorem*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997. 122 s. ISBN 80-7013-251-5.
5. BĚLUNEK, Pavel. *Zmapování edukovanosti pacientů s anginou pectoris z pohledu všeobecného ošetřovatele*. Bakalářská práce. Olomouc: FZV-UOPA. 2007. 138 s.
6. BĚLUNEK, Pavel. KOZÁKOVÁ, Irena. *Implantabilní podkožní venózní porty ... informační brožura pro zdravotnické profesionály*. Edukační práce. Olomouc: FZV-UOPA. 2006. 72 s.
7. BARTOŠ, Vladimír, PELIKÁNOVÁ, Terezie a kolektiv. *Praktická diabetologie*. 3. vyd. Praha. Maxdorf – Jessenius, 2003. 479 s. ISBN 80-85912-69-4.
8. BUREŠ, Jan, HORÁČEK, Jiří. *Základy vnitřního lékařství*. 1. vyd. Praha: Galén, 2003. 870 s. ISBN 80-7262-208-0.
9. DRAGOMIRECKÁ, Eva, BARTOŇOVÁ, Jitka. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-L100. Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. 88 s. ISBN 80-85121-82-4.
10. *Etický kodex Lékařské komory České republiky* (1996).
11. HÁJEK, Roman, ŠEVČÍK, Pavel, ONDRÁŠEK, Jiří. *Implantabilní podkožní porty*. 1. vyd. Praha: B. Braun Medical s.r.o. 1995, 62 s. ISBN neuvedeno.
12. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 2. vyd. Praha: Galén, 1997. 199 s. ISBN 80-85824-54-X.

13. HOLTÁR, Viliam. a kolektiv. *Výchova a vzdelávanie dospelých – andragogika: terminologický a výkladový slovník*. 1. vyd. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 2000. 547 s. ISBN 80–0802–814–9.
14. HRBÁČOVÁ, Petra. *Centrální žilní katétry a port systém (seminární práce)*. Olomouc: FZV–UOPA, 2005. 8 s.
15. HUBÁČEK, Jaromír. *Přístupy k centrální žilní kanylaci u hematologických nemocných*. Doktorská disertační práce. Olomouc: LF UP. 2004. s. 43.
16. CHLUP, Rudolf et al. *Programová léčba diabetu*. 1. vyd. Praha: Galén, 1996. 196 s. ISBN 80-85824-31-0. Kap. 7, Edukace diabetiků a programová léčba, s. 1–6.
17. CHRÁSKA, Miroslav. *Základy výzkumu v pedagogice*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 1993. 257 s. ISBN 80–7067–287–0.
18. IVANOVÁ, Kateřina, JURÍČKOVÁ, Lubica. *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 100 s. ISBN 978–80–244–1832–2.
19. JIRKOVSKÁ, Alexandra. a kolektiv. *Jak (si) kontrolovat a léčit diabetes?. Manuál pro edukaci diabetiků*. 3. vyd. Praha: Svaz diabetiků, 2003. 242 s. ISBN neuvedeno.
20. KAJABA, Václav. *Hodnocení kvality života vztažené ke zdraví u hematologických pacientů po autologní transplantaci krvetvorných buněk*. Doktorská disertační práce. Olomouc: PdF UP. 2008. 121 s.
21. KOZÁKOVÁ, Irena. *Edukace osob s diabetem zaměřená na odlehčení a fixaci diabetické nohy*. Bakalářská práce: Olomouc: FZV–UOPA. 2007. 133 s.
22. KOZIEROVÁ, Barbara, ERBOVÁ, Glenora, OLIVIEROVÁ, Rita, *Ošetrovatelstvo*. 1. vyd. Martin: Osveta spol. s.r.o., 1995. 1457 s. ISBN 80–217–0528–0.
23. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2002. 200 s. ISBN 80–247–0179–0.
24. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál s.r.o., 2001. 280 s. ISBN 80–7178–551–2.
25. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. 164 s. ISBN 978–80–247–2069–2.
26. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 264 s. ISBN 80–247–1399–3.

27. MUŽÍK, Jaroslav. *Andragogická didaktika*. 1. vyd. Praha: Codex Bohemia, 1998. 271 s. ISBN 80-85963-52-3
28. OBST, Otto. *Didaktika sekundárního vzdělávání*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 195 s. ISBN 80-244-1360-4.
29. PAYNE, Jan a kolektiv. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0
30. PERUŠIČOVÁ, Jindra et al. *Trendy soudobé diabetologie, svazek 3*. 1. vyd. Praha: Galén, 1999. 148 s. ISBN 80-7262-036-3.
31. *Porty – interní materiály UOPA*. Olomouc: UOPA FZV. 2005.
32. *Práva pacientů* (1992).
33. PRŮCHA, Jan. *Moderní pedagogika*. 2. vyd. Praha: Portál s.r.o., 2002. 488 s. ISBN 80-7178-631-4.
34. ROKYTA, Richard, KRŠIAK, Miloslav, KOZÁK, Jiří. *Bolest: monografie algeziologie*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2006. 684 s. ISBN 80-903750-0-6. Podkap. Implantabilní porty v léčbě chronické bolesti, s. 579–587.
35. RYŠAVÝ, Zdeněk et al. *Diabetická noha: Diagnostika a terapie v praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 1998. 189 s. ISBN 80-85824-73-6
36. SKALKOVÁ, Jarmila. *Obecná didaktika: vyučovací proces, učivo a jeho výběr, metody, organizační formy vyučování*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2007. 322 s. ISBN 978-80-247-1821-7.
37. SLOVÁČEK, Ladislav, JEBAVÝ, Ladislav. *Transplantace krvetvorných buněk a kvalita života*. 1. vyd. Hradec Králové: Nukleus HK, 2007. s. 35. ISBN 978-80-87009-28-4.
38. ŠKRLA, Petr, ŠKRLOVÁ, Magda. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion s.r.o., 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
39. ŠPIRUDOVÁ, Lenka, TOMANOVÁ, Danuška, KUDLOVÁ, Pavla, HALMO, Renata. *Multikulturní ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 252 s. ISBN 80-247-1213-X. Kap. 8, Specifika edukační činnosti sestry a kap. 11, Vzdělávání, výchova, edukace, s. 167–192.
40. VAĐUROVÁ, Helena, MÜHLPACHR, Pavel. *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005. 143 s. ISBN 80-210-3754-7.

41. ZADÁK, Zdeněk. Technika dlouhodobého intravenózního přístupu. In *Zdravotnické noviny*. [online]. [cit. 2010-06-22]. Dostupné na WWW: <<http://www.zdn.cz/scripts/detail.php?id=152619>>.
42. *Zákon č. 20/1966 Sb.* – Zákon o péči o zdraví lidu v platném znění.
43. ZÁVODNÁ, Vlasta. *Pedagogika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Martin: Osveta spol. s.r.o., 2005. 117 s. ISBN 80–8063–193–X.
44. ZVÁROVÁ, Jana. *Základy statistiky pro biomedicíncké obory*. [online]. Dostupné na <<http://new.euromise.org/czech/tajne/ucebnice/html/html/node8.html#7549>>.

Odborné články

1. DRAGOMIRECKÁ, Eva. Nemoc a kvalita života. *Sestra*. Praha: Strategie Praha. ISSN 1210–0404. 1999, roč. 18, č. 4., s. 17.
2. FRICOVÁ, Jitka, STRÍTESKÝ, Martin. Implantabilní intravenózní porty. *Bolest: časopis Společnosti pro studium a léčbu bolesti*. Praha: Tigris. ISSN 1212–0634. 2006, roč. 5, č. 3, s. 165–172.
3. FRICOVÁ, Jitka, STRÍTESKÝ, Martin. Implantabilní porty u onkologických pacientů. *Bolest: časopis Společnosti pro studium a léčbu bolesti, Suppl 3*. Praha: Tigris. ISSN 1212–0634. 2006, roč. 9, č. 1, s. 34.
4. FRICOVÁ, Jitka, STRÍTESKÝ, Martin. Implantabilní porty v léčbě chronické bolesti. *Medical Tribune: aktuální – nezávislá – mezinárodní*. Praha: Medical Tribune CZ. ISSN 1214–9811. 2006, roč. 3, č. 28, s. 19.
5. FRICOVÁ, Jitka, STRÍTESKÝ, Martin. Port – nový trend v aplikaci léčiv. *Bolest: časopis Společnosti pro studium a léčbu bolesti. Příloha: Jak na bolest?* Praha: Tigris. ISSN 1212–0634. 2006, roč. 5, č. 1, s. 28–32.
6. HÁJEK, Roman, SUCHÝ, Teodoz, JANDÍK, Pavel, FISCHER, Jan, NAVRÁTIL, Milan, VOBOŘIL, Zbyněk, BUSTOVÁ, Ivana. Využití portu Ella – port[®] při zajištění dlouhodobého venózního a arteriálního přístupu. *Klinická onkologie*. Brno: Ambit Media a.s. ISSN 1802–5307. 1996, roč. 17, č. 2, s.63–66.

7. HÁJEK, Roman, ŠEVČÍK, Pavel, ONDRÁŠEK, Jiří, MAYER, Jiří, VÁŠOVÁ, Ingrid, KRÁL, Zdeněk, TOMÍŠKA, Miroslav, KRAHULCOVÁ, Eva, PENKA, Miroslav, KUBEŠOVÁ, Hana, FOJTÍK, Zdeněk, HEJLOVÁ, Nina, FRAŇKOVÁ, Hana, TOBOLÍKOVÁ, Věra, KISS, Igor. Podkožní aplikační komůrkový systém („port“) při dlouhodobé léčbě onkologicky nemocných. *Vnitřní lékařství*. Praha: ČSL JEP. ISSN 0042–773X. 1995, roč. 41, č. 1, s. 21–27.
8. HNILICOVÁ, Helena. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. *Zdravotnické noviny*. [online]. 2003, roč. 52, č. 5 [cit. 2010-06-22], s. 27–29. Dostupné na WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/kvalita-zivota-a-jeji-vyznam-pro-medicinu-a-zdravotnictvi-151408>>.
9. HUBÁČKOVÁ, Lia, HUBÁČEK, Jaromír. *Kvalita života u hemato-onkologických nemocných s plně implantovanými porty*. [online]. [cit. 2010-06-22]. Dostupné na WWW: <[http://www.olhemdny.cz/abstrakta/byauthor.php?year\[rocnik\]=2005&abstracts\[prijmeni\]=Hubáčková&abstracts\[jmeno\]=Lia](http://www.olhemdny.cz/abstrakta/byauthor.php?year[rocnik]=2005&abstracts[prijmeni]=Hubáčková&abstracts[jmeno]=Lia)>.
10. CHARVÁT, Jiří, a CHLUMSKÝ, Jaromír. Intravenózní implantabilním portkatétry v klinické praxi. *Praktický lékař*. Praha: ČSL JEP. ISSN 0032–6739. 2007, roč. 87, č. 6, s. 328–333.
11. CHARVÁT, Jiří, LINKE, Zdeněk, SOUČEK, Miroslav, PRAUSOVÁ, Jana. Fraktura katétru intravenózního portkatétru zavedeného do pravostranné vena subclavia infraklavikulárním přístupem. *Klinická onkologie*. Brno: Ambit Media a.s. ISSN 1802–5307. 2004, roč. 17, č. 4, s.136–138.
12. KAJABA, Václav, VÍTKOVÁ, Jitka, FABER, Edgar. Hodnocení kvality života ve vztahu ke zdraví po autologní transplantaci krevetvorných buněk u hematologicky nemocných. *Onkologická péče*. Praha: Bristol–Myers Squibb. ISSN 1214–5602. 2005, roč. 9, č. 4, s. 19–22.
13. KAJABA, Václav. *Kvalita života vztažená ke zdraví prezentace – prospektivní studie na HOK FN*. [online]. [cit. 2010-06-22]. Dostupné na WWW: <[http://www.olhemdny.cz/abstrakta/byauthor.php?year\[rocnik\]=2004&abstracts\[prijmeni\]=Kajaba&abstracts\[jmeno\]=Václav](http://www.olhemdny.cz/abstrakta/byauthor.php?year[rocnik]=2004&abstracts[prijmeni]=Kajaba&abstracts[jmeno]=Václav)>.
14. KAJABA, Václav. *Projekt Internet pro pacienty (iPP) – pomocná „ruka“ nejen pro onkologické pacienty*. [online]. [cit. 2010-06-23]. Dostupné na WWW: <[http://www.olhemdny.cz/abstrakta/byauthor.php?year\[rocnik\]=2009&abstracts\[prijmeni\]=Kajaba&abstracts\[jmeno\]=Václav](http://www.olhemdny.cz/abstrakta/byauthor.php?year[rocnik]=2009&abstracts[prijmeni]=Kajaba&abstracts[jmeno]=Václav)>.

15. KAMELANDER, Jan. Postřehy ze 16. mezinárodního symposia. *Klinická onkologie*. Brno: Ambit Media a.s. ISSN 1802–5307. 2005, roč. 18, č. 1, s.33–36.
16. KAPLAN, Zdeněk, ONDRÁK, Martin, FAIT, Vuk, SILÁK, Jan, SCHWANHAEUSER, Kräuff, SÝKOROVÁ, Zuzana. Intravenózní portové systémy u onkologických pacientů Masarykova onkologického ústavu. *Klinická onkologie*. Brno: Ambit Media a.s. ISSN 1802–5307. 2007, roč. 30, č. 3, s. 269–271.
17. KOVÁČ, Damián. K pojmo-logike kvality života. *Československá psychologie*. Praha: Psychologický ústav AV ČR. ISSN 0009–062X. 2004, roč. 48, č. 4, s. 460–464.
18. KOVÁČ, Damián. Kvalita života – naliehavá výzva pre vedu nového storočia. *Československá psychologie*. Praha: Psychologický ústav AV ČR. ISSN 0009–062X. 2004, roč. 48, č. 4, s. 34–44.
19. KUDLOVÁ, Pavla. Edukační program. In *Ošetrovatelský proces u vybraných chorob*. [online]. Olomouc: ÚTPO LF UP, LMS Unifor, 2003. [cit. 2006-12-10]. Dostupné na WWW: <<http://unifor.upol.cz>>.
20. MALÝ, Marek. Dotazníky o kvalitě života. In ANTOCH, Jaromír, DOHNAL, Gejza (ed.). *Robust'2000 : sborník prací jedenácté letní školy JČMF : 11. – 15. 9. 2000, Nečtiny. 1. vyd.* Praha: Jednota českých matematiků a fyziků, 2001. 400 s. ISBN 80–7015–792–5.
21. MAREŠ, Jiří, MAREŠOVÁ, Jana. Bolest a kvalita života u dětí. [online]. [cit. 2010-06-22]. Dostupné na WWW: <<http://portal.lf1.cuni.cz/clanek-758-bolest-a-kvalita-zivota-u-deti>>.
22. MAREŠ, Jiří. Kvalita života a její proměny v čase u téhož jedince. *Československá psychologie*. Praha: Psychologický ústav AV ČR. ISSN 0009–062X. 2005, roč. 49, č. 1, s. 19–33.
23. MRÁČEK, Marek, HERDEGEN, P., JATAGANDZIDIS, V. Implantabilní venózní porty pro chemoterapii. *Causa subita: časopis pro lékaře v 1. linii*. Praha: I. M. P. – International Medical Publications. ISSN 1212–0197. 2007, roč. 10, č. 6, s. 164–170.
24. MU Brno. *Edukace text pro výuku studentů Masarykovy univerzity v Brně*. [online]. [cit. 2006-03-13]. Dostupné na WWW: <<http://www.muni.cz>>.
25. NAVRÁTILOVÁ, Darja. Standard postupu v péči o implantabilním podkožní porty. *Onkologická péče*. Praha: Bristol–Myers Squibb. ISSN 1802–7407. 1999, roč. 3, č. 9, s. 9–11

26. NOVÁKOVÁ, M., Práce sestry s intravenózním portem při aplikaci chemoterapie, *Zdravotnické noviny*. [online]. [cit. 2010-06-22]. Dostupné na WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/prace-sestry-s-intravenoznim-portem-pri-aplikaci-chemoterapie-273995>>.
27. ONDRÁK, Martin, a KAPLAN, Zdeněk. Venózní porty. Zlatý standard dlouhodobého centrálního žilního vstupu. *Braunoviny*. Praha: B. Braun Medical s.r.o. ISSN 180–0342. 2006, roč. 2, č. 11, s. 4–6.
28. ONDRÁK, Martin, KAPLAN, Zdeněk, ŠEFR, Roman, PENKA, Igor, FAIT, Vuk, SÝKOROVÁ, Zuzana. Port a jeho úloha v léčbě onkologicky nemocných. *Praktický lékař*. Praha: ČSL JEP. ISSN 0032–6739. 2005, roč. 85, č. 12, s. 677– 680.
29. ONDŘICHOVÁ, Lucie. Intravenózní porty – ne zcela využitá příležitost. *Medical Tribune*. [online]. 2008, roč. 5, č. 30 [cit. 2010-06-22]. Dostupné na WWW: <<http://www.tribune.cz/clanek/12819>>.
30. ONDŘICHOVÁ, Lucie. Porty – úleva a komfort pro pacienty i personál. *Medical Tribune*. [online]. 2007, roč. 4, č. 7 [cit. 2010-06-22]. Dostupné na WWW: <<http://www.tribune.cz/clanek/13516>>.
31. OSTŘÍŽEK, Tomáš. Zásady péče o implantabilním podkožní porty u onkologických pacientů. In *Univerzitní onkologické centrum Brno* [online]. [cit. 2003-07-14]. Dostupné na WWW: <<http://www.uoc.muni.cz/prezent1/porty.htm>>.
32. OTEVŘELOVÁ, Karolína. *Kvalita života onkologických pacientů*. [online]. [cit. 2010-06-22]. Dostupné na WWW: <[http://www.olhemdny.cz/abstrakta/byauthor.php?year\[rocnik\]=2007&abstracts\[prijmeni\]=Otevřelová&abstracts\[jmeno\]=Karolína](http://www.olhemdny.cz/abstrakta/byauthor.php?year[rocnik]=2007&abstracts[prijmeni]=Otevřelová&abstracts[jmeno]=Karolína)>.
33. PETR, Petr. Hodnocení kvality života v ošetrovatelství, sociální práci a souvisejících oborech. [online]. [cit. 2010-06-22]. Dostupné na WWW: <http://www.zsf.jcu.cz/struktura/katedry/verzdrav/clenove/petr/studijni_texty/texty_KZ05/4HodnoceniKZ.doc>.
34. RAITER, Tomáš. Jaká je Vaše nemocnice? *Mladá fronta Dnes – Střední Morava*. Praha: MaFra. ISSN 1210–1168. 2010, roč. 20, č. 26.2.10, s. E1–E2.
35. ROKYTA, Richard, KRŠIAK, Miloslav, KOZÁK, Jiří. *Bolest: monografie algeziologie*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2006. 684 s. ISBN 80–903750–0–6. Podkap. Implantabilní porty v léčbě chronické bolesti, s. 579–587.
36. SALAJKA, František. Kvalita života onkologicky nemocných – kritérium úspěšnosti naší péče. *Klinická onkologie*. Brno: Ambit Media a.s. ISSN 1802–5307. 2001, roč. 14, č. 1 – zvláštní číslo, s. 27–29.

37. SLOVÁČEK, Ladislav, SLOVÁČKOVÁ, Brigita, BLAŽEK, Martin, JEBAVÝ, Ladislav. Kvalita života onkologicky nemocných – definice, koncepce, možnosti hodnocení. *Klinická onkologie*. Brno: Ambit Media a.s. ISSN 1802–5307. 2006, roč. 19, č. 3, s. 163–166.
38. SLOVÁČEK, Ladislav, SLOVÁČKOVÁ, Brigita, JEBAVÝ, Ladislav, BLAŽEK, Martin, KAČEROVSKÝ, Jaroslav. Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. *Vojenské zdravotnické listy*. Hradec Králové: Vojenská lékařská akademie JEP. ISSN 0372–7025. 2004, roč. 73, č. 1, s. 6–9.
39. SLOVÁČEK, Ladislav, SLOVÁČKOVÁ, Brigita, JEBAVÝ, Ladislav, BLAŽEK, Martin. Kvalita života onkologicky nemocných: koncepční model, možnosti měření. *Vojenské zdravotnické listy*. Hradec Králové: Vojenská lékařská akademie JEP. ISSN 0372–7025. 2005, roč. 74, č. 5–6, s. 180–182.
40. SLOVÁČEK, Ladislav, SLOVÁČKOVÁ, Brigita, JEBAVÝ, Ladislav, BLAŽEK, Martin. Transplantace krvetvorných buněk a kvalita života. *Vojenské zdravotnické listy*. Hradec Králové: Vojenská lékařská akademie JEP. ISSN 0372–7025. 2005, roč. 74, č. 1, s. 9–14.
41. ŠTĚPÁNEK, Martin. II. celostátní konference o portech a permanentních katétrech. *Braunoviny*. [online]. 2009, roč. 5, č. 4 [cit. 2010-06-22], s. 115. Dostupné na WWW: <<http://braunoviny.bbraun.cz/cs/braunoviny/2009/braunoviny-2009-04-nahled.pdf>>.
42. VOHRADNÍKOVÁ, Olga. Prevence onemocnění dolních končetin při diabetu. *Sestra, příloha: Tématický sešit – Diabetologie*. Praha: Strategie Praha. ISSN 1210–0404. 1999, roč. 9, č. 41, s. 4-5.
43. ZADÁK, Zdeněk. Technika dlouhodobého intravenózního přístupu. In *Zdravotnické noviny*. [online]. [cit. 2010-06-22]. Dostupné na WWW: <<http://www.zdn.cz/scripts/detail.php?id=152619>>.
44. ŽÁK, Pavel, TAUCHMAN, Miloslav, MAISNAR, Vladimír, PODZIMEK, Karel, MIROVÁ, S., VOGLOVÁ, Jaroslava, DULÍČEK, Petr, FILIP, Stanislav, CHROBÁK, Ladislav. Plně implantabilní portové systémy pro žilní aplikaci. Naše zkušenosti u 91 nemocných. *Vnitřní lékařství*. Praha: ČSL JEP. ISSN 0042–773X. 1997, roč. 43, č. 5, s. 273–278.

Seznam zkratek a značek

aj.	a jiné
ALL	akutní lymfatická leukémie
AML	akutní myeloidní leukémie
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
A-V	arterio-venózní
cca	asi/přibližně
CI	interval spolehlivosti
CLL	chronická lymfatická leukémie
CML	chronická myeloidní leukémie
CŽK	centrální žilní katétr
ČR	Česká republika
DSA	digitální substrakční arteriografie
event.	eventuelně
FN Olomouc	Fakultní nemocnice Olomouc
FP	fibrinová pochva
H	hypotéza
HOK	hemato-onkologická klinika
HRQoL	Health Related Quality of life
MF Dnes	Mladá fronta Dnes
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
např.	například
NHL	Non-Hodkinův lymfom
popř.	popřípadě

pozn.	poznámka
Qol	Quality of life
RTG	rentgen
SŠ	středoškolské
tj.	to je
tzv.	tak zvaný
VOZP ČR	Vojenská zdravotní pojišťovna České Republiky
vs.	versus
WHO	Světová zdravotnická organizace
ŽK	žilní katétr
®	registrovaná ochranná známka
§	paragraf
%	procento

Seznam tabulek

Tabulka 1 – Obecný přehled možných komplikací	37
Tabulka 2 – Faktory ovlivňující kvalitu života nemocného	59
Tabulka 3 – Prvky konstruování kurikula.....	85
Tabulka 4 – Porovnání edukačního a ošetrovatelského procesu	86
Tabulka 5 – Překážky edukace	88
Tabulka 6 – Edukační prostředí (vnější podmínky edukace)	91
Tabulka 7 – Pohlaví respondentů.....	102
Tabulka 8 – Věk respondentů	103
Tabulka 9 – Vzdělání respondentů	105
Tabulka 10 – Onemocnění vedoucí k implantaci portu	106
Tabulka 11 – Délka léčby onemocnění.....	108
Tabulka 12 – Doba implantace portu.....	109
Tabulka 13 – Odpovědi respondentů k položce č. 7.....	110
Tabulka 14 –Důvod implantace portu – jedna odpověď	111
Tabulka 15 – Důvod implantace portu – kombinace odpovědí	112
Tabulka 16 – Možnost rozhodovat o implantaci portu	114
Tabulka 17 – Edukace o operační ráně v místě portu.....	116
Tabulka 18 – Edukace o přípustných aktivitách.....	117
Tabulka 19 – Edukace o pravidelné kontrole u lékaře.....	118
Tabulka 20 – Edukace o možných komplikacích a jejich řešení.....	119
Tabulka 21 – Edukace o výhodách portu.....	120
Tabulka 22 – Edukace o případných rizicích portu	121
Tabulka 23 – Školitelé respondentů o implantabilním portu.....	122
Tabulka 24 – Zařazení edukace do průběhu léčby	123

Tabulka 25 – Odpovědi respondentů k položce č. 12.....	124
Tabulka 26 – Metoda edukace	125
Tabulka 27 – Forma edukace.....	126
Tabulka 28 – Poskytnutí výukových vzdělávacích materiálů	127
Tabulka 29 – Osobní zájem získávat informace	128
Tabulka 30 – Samostatná informovanost - specifikace	129
Tabulka 31 – Ochota zdravotnického personálu odpovídat na otázky	130
Tabulka 32 – Kontrola pochopení předaných informací	131
Tabulka 33 – Chybějící informace během edukace.....	132
Tabulka 34 – Čas věnovaný edukaci	133
Tabulka 35 – Chování respondenta v jiném zdravotnickém zařízení.....	134
Tabulka 36 – Možnost použití i jiných jehel	136
Tabulka 37 – Celkové hodnocení edukace	138
Tabulka 38 – Porovnání portu a ŽK při aplikaci léčiv	139
Tabulka 39 – Bolestivost v místě portu	141
Tabulka 40 – Nepříjemné pocity při aplikaci léčiv.....	143
Tabulka 41 – Další obtíže v souvislosti s portem	144
Tabulka 42 – Doba výskytu dalších obtíží.....	145
Tabulka 43 – Reimplantace portu	146
Tabulka 44 – Vnímání portu v době bez terapie.....	147
Tabulka 45 – Obavy z poškození portu	148
Tabulka 46 – Výskyt situací, kdy port překážel	150
Tabulka 47 – Celková spokojenost s portem.....	151
Tabulka 48 – Pohyblivost respondentů.....	152
Tabulka 49 – Soběstačnost respondentů.....	153
Tabulka 50 – Běžné činnosti respondentů	154
Tabulka 51 – Bolest u respondentů.....	155

Tabulka 52 – Strach, deprese respondentů	156
Tabulka 53 – Srovnání zdravotního stavu v čase	157
Tabulka 54 – Dnešní zdravotní stav	158
Tabulka 55 – Četnostní tabulka k hypotéze H1	159
Tabulka 56 – Četnostní tabulka k hypotéze H2	159
Tabulka 57 – Četnostní tabulka k hypotéze H3	159
Tabulka 58 – Četnostní tabulka k hypotéze H4.1 a H4.2	160
Tabulka 59 – Četnostní tabulka k hypotézám H5.1 a H5.2	161
Tabulka 60 – Četnostní tabulka k hypotéze H6	161
Tabulka 61 – Četnostní tabulka k hypotéze H7	161
Tabulka 62 – Četnostní tabulka k hypotéze H8 týkající se pohyblivosti respondentů	162
Tabulka 63 – Četnostní tabulka k hypotéze H8 týkající se soběstačnosti respondentů	162
Tabulka 64 – Četnostní tabulka k hypotéze H8 týkající se vykonávání běžných denních činností respondentů	162
Tabulka 65 – Četnostní tabulka k hypotéze H8 týkající se výskytu bolesti u respondentů	163
Tabulka 66 – Četnostní tabulka k hypotéze H9	163
Tabulka 67 – Četnostní tabulka k hypotéze H10	163
Tabulka 68 – Četnostní tabulka k hypotéze H11	164
Tabulka 69 – Četnostní tabulka k hypotéze H12	164
Tabulka 70 – Kontingenční tabulka k hypotéze H13 zjišťující závislost znalostí pacientů v oblasti nošení portu a délkou jeho implantace	165
Tabulka 71 – vyhodnocení tabulky č. 70 Fisherovým přesným testem	165
Tabulka 72 – Kontingenční tabulka k hypotéze H13 zjišťující závislost znalostí pacientů v oblasti nošení portu a délkou jeho implantace	165
Tabulka 73 – vyhodnocení tabulky č. 72 Fisherovým přesným testem	166
Tabulka 74 – Kontingenční tabulka k hypotéze H14 zjišťující závislost mezi vnímáním portu a délkou implantace portu	166

Tabulka 75 – vyhodnocení tabulky č. 74 Fisherovým přesným testem.....	167
Tabulka 76 – Kontingenční tabulka k hypotéze H15 zjišťující závislost mezi nejvyšším dosaženým vzděláním respondentů a jejich znalostmi v oblasti nošení portu	167
Tabulka 77 – vyhodnocení tabulky č. 76 Fisherovým přesným testem.....	167
Tabulka 78 – Kontingenční tabulka k hypotéze H15 zjišťující závislost mezi nejvyšším dosaženým vzděláním respondentů a jejich znalostmi v oblasti nošení portu	168
Tabulka 79 – vyhodnocení tabulky č. 76 Fisherovým přesným testem.....	168
Tabulka 80 – Kontingenční tabulka k hypotéze H16 zjišťující závislost mezi pohlavím respondentů a jejich znalostmi v oblasti nošení portu	168
Tabulka 81 – vyhodnocení tabulky č. 80 Fisherovým přesným testem.....	169
Tabulka 82 – Kontingenční tabulka k hypotéze H16 zjišťující závislost mezi pohlavím respondentů a jejich znalostmi v oblasti nošení portu	169
Tabulka 83 – vyhodnocení tabulky č. 82 Fisherovým přesným testem.....	169
Tabulka 84 – Kontingenční tabulka k hypotéze H17 zjišťující závislost mezi délkou implantace portu a výskytem obtíží v souvislosti s implantovaným portem.....	169
Tabulka 85 – vyhodnocení tabulky č. 84 Fisherovým přesným testem.....	170
Tabulka 86 – Kontingenční tabulka k hypotéze H18 zjišťující závislost mezi délkou edukace a mírou jejich znalostí v oblasti nošení portu	170
Tabulka 87 – vyhodnocení tabulky č. 86 Fisherovým přesným testem.....	170
Tabulka 88 – Kontingenční tabulka k hypotéze H18 zjišťující závislost mezi délkou edukace a mírou jejich znalostí v oblasti nošení portu	171
Tabulka 89 – vyhodnocení tabulky č. 88 Fisherovým přesným testem.....	171

Seznam grafů

Graf 1 – Pohlaví respondentů	102
Graf 2 – Věk respondentů	104
Graf 3 – Vzdělání respondentů	105
Graf 4 – Onemocnění vedoucí k implantaci portu.....	107
Graf 5 – Délka léčby onemocnění	108
Graf 6 – Doba implantace portu	109
Graf 7 – Odpovědi respondentů k položce č. 7.....	110
Graf 8 – Důvod implantace portu – jedna odpověď	111
Graf 9 – Důvod implantace portu – kombinace odpovědí.....	113
Graf 10 – Možnost rozhodovat o implantaci portu.....	115
Graf 11 – Edukace o operační ráně v místě portu.....	116
Graf 12 – Edukace o přípustných aktivitách.....	117
Graf 13 – Edukace o pravidelné kontrole u lékaře	118
Graf 14 – Edukace o možných komplikacích a jejich řešení.....	119
Graf 15 – Edukace o výhodách portu	120
Graf 16 – Edukace o případných rizicích portu	121
Graf 17 – Školitelé respondentů o implantabilním portu	122
Graf 18 – Zařazení edukace do průběhu léčby	123
Graf 19 – Odpovědi respondentů k položce č. 12.....	124
Graf 20 – Metoda edukace.....	125
Graf 21 – Forma edukace.....	126
Graf 22 – Poskytnutí výukových a vzdělávacích materiálů	127
Graf 23 – Osobní zájem získávat informace.....	128
Graf 24 – Samostatná informovanost - specifikace	129

Graf 25 – Ochota zdravotnického personálu odpovídat na otázky	130
Graf 26 – Kontrola pochopení předaných informací	131
Graf 27 – Chybějící informace během edukace.....	132
Graf 28 – Čas věnovaný edukaci	133
Graf 29 – Chování respondenta v jiném zdravotnickém zařízení.....	135
Graf 30 – Možnost použití i jiných jehel	137
Graf 31 – Celkové hodnocení edukace	138
Graf 32 – Porovnání portu a ŽK při aplikaci léčiv	140
Graf 33 – Bolestivost v místě portu	142
Graf 34 – Nepříjemné pocity při aplikaci léčiv	143
Graf 35 – Další obtíže v souvislosti s portem.....	144
Graf 36 – Doba výskytu dalších obtíží	145
Graf 37 – Reimplantace portu.....	146
Graf 38 – Vnímání portu v době bez terapie	147
Graf 39 – Obavy z poškození portu	149
Graf 40 – Výskyt situací, kdy port překážel	150
Graf 41 – Celková spokojenost s portem.....	151
Graf 42 – Pohyblivost respondentů	152
Graf 43 – Soběstačnost respondentů.....	153
Graf 44 – Běžné činnosti respondentů.....	154
Graf 45 – Bolest u respondentů	155
Graf 46 – Strach, deprese respondentů	156
Graf 47 – Srovnání zdravotního stavu v čase	157
Graf 48 – Dnešní zdravotní stav	158
Graf 49 – Závislost mezi znalostmi respondentů v oblasti nošení portu a délkou implantace portu	166

Seznam obrázků

Obrázek 1 – Průřez tělem portu	19
Obrázek 2 - Detail Heberovy jehly	20
Obrázek 3 – Různé typy portů	21
Obrázek 4 – Možná místa uložení portu v těle	23
Obrázek 5 – Sterilní stůl s nástroji pro implantaci portu	32
Obrázek 6 – Vytvořená podkožní kapsa pro port	33
Obrázek 7 – Průkaz pacienta s podkožním portem.....	36
Obrázek 8 – Zdravotní a funkční stav nemocného jako subjektivní a objektivní komponenty kvality života.....	48
Obrázek 9 – Kvalita života onkologicky nemocného aneb tanec.....	50

Seznam příloh

Příloha 1 – Žádost o povolení výzkumného šetření.....	221
Příloha 2 – Dotazník pro klienty s implantovaným portem.....	223
Příloha 3 – Dotazník kvality života (EuroQol).....	231
Příloha 4 – Taxonomie výukových cílů.....	233
Příloha 5 – Práva pacientů	236
Příloha 6 – Amsterodamská deklarace.....	238
Příloha 7 – Etický kodex České lékařské komory	243
Příloha 8 – Poučení a informovaný souhlas pacienta	246
Příloha 9 – Edukační list.....	248
Příloha 10 – Edukační záznam – realizace	249
Příloha 11 – Informační leták o portech pro pacienty a jejich blízké.....	250

Přílohy

Příloha 1 – Žádost o povolení výzkumného šetření

Vážený pan
Bc. Martin Šamaj
manažer ošetrovatelské péče
Fakultní nemocnice Olomouc
I. P. Pavlova 6
775 20, Olomouc

V Olomouci dne: 13. 4. 2009

Žádost o povolení výzkumného šetření na Hemato-onkologické klinice ve FNOL

Vážený pane manažere,

chtěla bych Vás požádat o povolení dotazníkového výzkumného šetření u onkologických pacientů s implantovaným podkožním portem na hemato-onkologické klinice ve FNOL v rámci diplomové práce.

Cílem práce je zjistit informovanost a spokojenost onkologických pacientů s implantovaným podkožním portem v průběhu intenzivní léčby. Na základě zjištěných poznatků bude vytvořena edukační brožura nejen pro klienty, ale i pro zdravotnické profesionály, kteří se setkávají s „portovým“ systémem ojediněle.

Výzkumné šetření bude prováděno formou anonymního a dobrovolného dotazníku, který příkládám k žádosti.

Na závěrečné práci pracuji pod odborným vedením Mgr. Václava Kajaby, Ph. D. a MUDr. Jaromíra Hubáčka, Ph.D. z Hemato-onkologické kliniky FNOL, kteří také dohlíží na etická kritéria práce.

Výzkumné šetření bude probíhat od začátku dubna do srpna roku 2009.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Bc. Irena Kozáková – studentka FZV/UP v Olomouci
2. ročník; navazující magisterský program Specializace ve zdravotnictví,
studijní obor Dlouhodobá ošetrovatelská péče
prezenční forma studia

Kontaktní adresa:
Bc. Irena Kozáková
Žikova 607/12
779 00 Olomouc
email: koziris@seznam.cz
tel: 776 285 843

Irena Kozáková

Vyjádření vedení instituce:

žádost povolena žádost zamítnuta

Odůvodnění:.....

Datum:..... 23 4 09

Razítko, podpis:.....

Příloha 2 – Dotazník pro klienty s implantovaným portem

DOTAZNÍK PRO KLIENTY S IMPLANTOVANÝM PODKOŽNÍM PORTEM

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Irena Kozáková a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studijního programu Specializace ve zdravotnictví, oboru Dlouhodobá ošetrovatelská péče u dospělých na fakultě zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci.

Zpracovávám diplomovou práci na téma „*Edukace onkologických pacientů v problematice venózních portů a hodnocení jejich spokojenosti s implantovaným podkožním portem v průběhu intenzivní léčby*“.

Dovoluji si Vás tímto požádat o spolupráci. Mou snahou je získat údaje k problematice míry informovanosti a spokojenosti onkologických pacientů s implantovaným podkožním portem. **Chci Vás proto poprosit o pravdivé vyplnění dotazníku bez pomoci druhých osob nebo pomocných materiálů.**

Prostřednictvím tohoto průzkumu se pokusím získat náhled na současný stav. V závislosti na výsledcích šetření se zaměřím na návrh možných řešení pro zlepšení stávající situace a **vytvořím edukační brožuru**, která by měla pomoci orientovat se v „portech“ nejen vám pacientům, ale také zdravotnickým profesionálům setkávajícím se s tímto systémem ojedinele.

Vyplněný dotazník, prosím, odevzdejte sestře.

Dotazník je dobrovolný a anonymní, proto neuvádějte své jméno ani podpis.

Předem děkuji za čas, který věnujete vyplnění tohoto dotazníku.

Bc. Irena Kozáková

Návod k vyplnění dotazníku

U otázek, kde bude uvedeno v závorce „je možné označit více možností“, máte možnost více voleb, u ostatních otázek vyberte, prosím, pouze jednu odpověď.

Vámi zvolenou odpověď **zakroužkujte**, nebo **zakřížkujte**.

Vzor: Jaké je Vaše pohlaví?
vzdělání?

- a) mužské
- b) ženské

/maturita/

Vzor: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené

- základní
- středoškolské s výučním listem
- úplné středoškolské vzdělání

- vysokoškolské
- jiné (*prosím dopište*)

.....

U otázek s **vytečkovanými řádky dopište** odpověď.

Vzor: Kolik je Vám let? (*prosím dopište*) ... 29 ...

U **škálovaných otázek** Vámi zvolenou odpověď **zakroužkujte** (oznámkujte jako ve škole).

Vzor: 1 2 3 4 5

I. INFORMATIVNÍ ČÁST DOTAZNÍKU

1. Jaké jste pohlaví?

- a) mužské
- b) ženské

2. Kolik je Vám let?

(prosím dopište)

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní
- b) středoškolské s výučním listem
- c) úplné středoškolské vzdělání /maturita/
- d) vysokoškolské

4. Označte onemocnění, pro které Vám byl port implantován (voperován)?

- a) akutní myeloidní leukémie (AML)
- b) chronická myeloidní leukémie (CML)
- c) akutní lymfatická leukémie (ALL)
- d) chronická lymfatická leukémie (CML)
- e) Hodgkinův lymfom
- f) Non-Hodgkinův lymfom
- g) mnohočetný myelom
- h) jiné (prosím dopište)
- i) nevím

5. Jak dlouho se s daným onemocněním léčíte?

(prosím dopište)

6. Jak dlouho jste v současné době nositelem(kou) portu?

- a) do 1 měsíce
- b) do 6 měsíců
- c) do 1 roku
- d) více než 1 rok

7. Proč Vám byl port implantován (voperován)?

(prosím dopište)

II. OTÁZKY TÝKAJÍCÍ SE EDUKACE

8. Byla Vám dána možnost rozhodnout se, zda budete s implantací (voperováním) portu souhlasit?

- a) mohl jsem se rozhodnout sám
- b) mohl jsem se rozhodnout sám, ale lékaři mi jednoznačně doporučili, že bych měl s portem souhlasit
- c) port mi byl voperován, nikdo mi nedal možnost se rozhodnout
- d) jiné (*prosím dopište*)

.....

9. Byl(a) jste poučen(a) o následujících tématech:

- a) ošetřování čerstvé operační rány v místě portu
 - velmi dobře
 - dobře
 - málo
 - vůbec
- b) pracovní a sportovní aktivity, kterými byste mohl(a) port poškodit a kterých se máte vyvarovat
 - velmi dobře
 - dobře
 - málo
 - vůbec
- c) pravidelné kontroly portu u lékaře a jeho „údržba“
 - velmi dobře
 - dobře
 - málo
 - vůbec
- d) komplikace, se kterými se můžete setkat, a jejich řešení (zarudnutí kůže, otok, bolest, modřina) v místě portu
 - velmi dobře
 - dobře
 - málo
 - vůbec
- e) výhody, které Vám port přinese (v čem Vám pomůže)
 - velmi dobře
 - dobře
 - málo
 - vůbec
- f) případná rizika, které Vám port může přinést
 - velmi dobře
 - dobře
 - málo
 - vůbec

10. Kdo Vás o problematice portu nejlépe poučil?

- lékař
- zdravotní sestra (*prosím dopište číslici*)
- spolupacienti (*prosím dopište číslici*)
- jiní (doplňte kdo)

11. Kdy jste byl(a) o problematice portu nejvíce poučen(a)?

- v dostatečném předstihu před voperováním portu
- krátce před voperováním portu (např. v den před výkonem)
- krátce po výkonu (např. v den po výkonu)
- v delším časovém odstupu po implantaci portu

12. Jakou metodou jste byl(a) o problematice portu poučen(a)? (můžete zatrhnout více možností)

- slovně
- letákem či brožurou
- demonstrací (názornou ukázkou)
- videonahrávkou (výukový film)

13. Jakou formou jste byl(a) o problematice portu poučen(a)?

- a) individuálně (samostatně)
- b) ve skupině (spolu s ostatními pacienty)
- c) jiné (*prosím dopište*).....

14. Poskytl Vám zdravotnický personál k prostudování nějaké výukové, vzdělávací materiály (např. brožury, letáky, internetovou adresu, na které je možno najít danou tematiku atd.)?

- a) ano, poskytl mi kvalitní materiály
- b) ano, ale materiály byly málo kvalitní
- c) žádné vzdělávací materiály k problematice portů mi nebyly poskytnuty

15. Vyhledával(a) a studoval(a) jste informace o problematice portů formou samostudia (sám bez pomoci jiné osoby)? Můžete označit více možností.

- a) ano
 - z letáků, brožur či knih
 - z internetu
 - z televizních a rozhlasových pořadů
- b) ne

16. Byl zdravotnický personál ochoten odpovídat na Vaše případné otázky?

- a) vždy
- b) ve většině případů
- c) pouze někdy
- d) nebyl ochoten

17. Jak si zdravotnický personál ověřil, zda jste podaným informacím porozuměl(a)?

- a) položením otázky „porozuměl jste všemu?“
- b) položením kontrolních otázek
- c) písemným testem
- d) nezjišťoval, zda jsem podaným informacím porozuměl
- e) jinou formou (*prosím dopište*).....

18. Postrádal(a) jste během edukace nějaké informace?

- a) ano (*prosím dopište jaké*)
- b) ne
- c) nevím

19. Kolik času bylo přibližně věnováno edukaci?

- a) do 15 minut
- b) do 30 minut
- c) do 45 minut
- d) do 1 hodiny
- e) více jak 1 hodinu

20. Přijdete-li do jiného zdravotnického zařízení, než na Hemato-onkologickou kliniku FNOL, kde Vám byl port voperován, jak se zachováte?

- a) automaticky sdělíte, že jste nositelem portu
- b) skutečnost, že jste nositelem portu, sdělíte pouze na cílený dotaz zdravotníku
- c) o svém portu nikomu neřeknete, neboť předpokládáte, že si toho zdravotnický personál všimne
- d) nevím

21. Je povoleno do Vašeho portu napichovat i jiné jehly než speciální portové jehly (jako je např. Huberova jehla)?

- a) ano, a to bez omezení
- b) je povoleno, pokud to provádí vyškolený pracovník
- c) není to povoleno, avšak port jinými jehlami nemůže být poškozen
- d) do portu je povoleno napichovat pouze speciální portové jehly, neboť jiné jehly mohou způsobit nenapravitelné poškození membrány portu.
- e) nevím

22. Jakou známkou byste celkově hodnotil edukaci (informace, instrukce, rady, výuku), kterou Vám zdravotnický personál poskytl ohledně problematiky Vašeho portu. Oznámkujte jako ve škole.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

III. OTÁZKY TÝKAJÍCÍ SE SPOKOJENOSTI PACIENTA S PORTEM V PRŮBĚHU INTENZIVNÍ LÉČBY

23. Jak byste srovnal(a) pohodlí při podávání léčiv (injekcí a infuzí) do portu s podáváním léčiv do žilního katétru (periferní žíly na končetině nebo centrální žíly na krku nebo v třísele)?

- a) podání léčiv do portu je pro mě stejně pohodlné jako podání do žilního katétru
- b) podání léčiv do portu je pro mě pohodlnější než podání do žilního katétru
- c) podání léčiv do portu je pro mě výrazně pohodlnější než podání do žilního katétru
- d) podání léčiv do portu je pro mě méně pohodlné oproti aplikaci do žilního katétru
- e) podání léčiv do portu je pro mě mnohem méně pohodlné oproti aplikaci do žilního katétru
- f) neumím posoudit, neboť mi byly podávány léky vždy pouze do portu.

24. Pociťujete (pociťoval/a jste) bolesti v místě implantovaného venózního portu?

- a) žádné bolesti
- b) bolesti mírné, které neomezují moje běžné denní aktivity
- c) bolesti dle mého hodnocení „středně silné“, částečně mě omezují, musím užívat léky na bolest
- d) bolesti dle mého hodnocení „silné“, částečně mě omezují, musím užívat léky na bolest
- e) bolesti dle mého hodnocení „velmi silné“, částečně mě omezují, musím užívat léky na bolest

25. Pociťujete (pociťoval/a jste) v průběhu podávání léčiv (injekcí a infuzí) do portu nepříjemné pocity?

- a) ne
- b) pociťuji, ale dá se to vydržet
- c) v průběhu podávání léčiv do portu mívám velmi silné nepříjemné pocity, kvůli kterým odmítám tuto cestu podání.

26. Máte (měl/a jste) nějaké další obtíže v souvislosti s implantovaným portem?

- a) ano (*prosím dopište jaké*)
- b) ne (přeskočte otázku 27)

27. Po jaké době se výše zmíněné potíže vyskytly?

- a) do 1 měsíce po implantaci
- b) do 6 měsíců
- c) více než 6 měsíců

28. Kdybyste předem věděl(a) o obtížích, které měly přímou souvislost s portem – nechal(a) byste si port znovu implantovat (voperovat)?

- a) ano
- b) ne

29. Jak vnímáte svůj venózní port v době, kdy do něj nedostáváte žádné léky (např. v době, kdy jste v domácím léčení, mezi jednotlivými cykly chemoterapie atp.)?

- a) svůj port vůbec nevnímám
- b) cítím jej jako nutnou a potřebnou část svého těla
- c) port mi vadí, beru jej jako „nutné zlo“
- d) přítomnost portu mi vadí natolik, že chci požádat lékaře o jeho vyjmutí.

30. Máte obavy, že při běžných denních činnostech a sportovních aktivitách můžete svůj venózní port nějakým způsobem poškodit?

- a) vůbec se toho neobávám, nijak se ve svých aktivitách neomezují
- b) kvůli nebezpečí, že poškodím svůj port, omezují některé běžné denní činnosti nebo sportovní aktivity
- c) venózní port nosím příliš krátkou dobu, ještě jsem o tom nepřemýšlel
- d) o možnosti, že mohu nějakým způsobem poškodit svůj venózní port, mě dosud nikdo neinformoval/a

31. Našly by se ve Vašem životě situace, ve kterých Vám port vyloženě překážel a vadil?

- a) ano (*prosím dopište jaké*)
- b) ne

32. Jak celkově hodnotíte svou spokojenost s implantovaným venózním portem?

- a) velmi spokojen/a
- b) spokojen/a
- c) stejně spokojen jako nespokojen/a
- d) nespokojen/a
- e) velmi nespokojen/a

DOTAZNÍK KVALITY ŽIVOTA (EUROQOL)

(prosím vyberte jednu odpověď, která nejlépe vystihuje Váš dnešní zdravotní stav)

I. Pohyblivost

- Nemám obtíže při chůzi
- Mám určité obtíže při chůzi
- Jsem upoután(a) na lůžko

II. Soběstačnost

- Jsem soběstačný(á)
- Mám problémy s mytím nebo oblékáním
- Nejsem schopen(na) se umýt

III. Běžné činnosti

- Nemám problémy s vykonáváním běžných činností (např. zaměstnání, studium, domácí práce, aktivity ve volném čase)
- Mám problémy s vykonáváním obvyklých činností
- Nejsem schopen(na) vykonávat běžné činnosti

IV. Bolest

- Nemám žádné bolesti či jiné obtíže
- Trpím mírnou bolestí či obtížemi
- Trpím výraznou bolestí či obtížemi

V. Strach, deprese

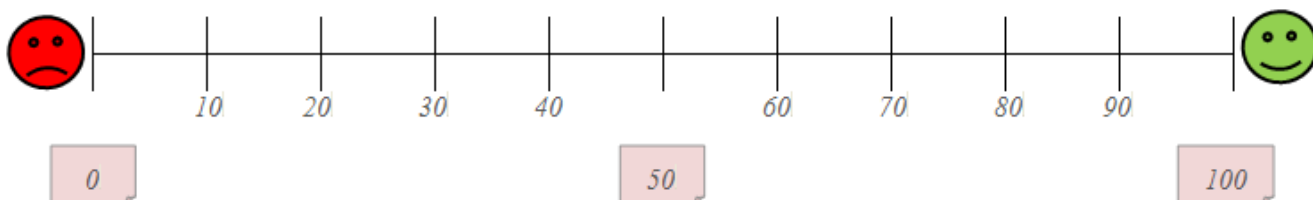
- Nemám strach, nejsem depresivní
- Mám strach nebo deprese
- Mám velký strach nebo těžké deprese

VI. Váš dnešní zdravotní stav ve srovnání s posledními 12-ti měsíci

- Lepší
- Téměř stejný
- Horší

VII. Váš dnešní zdravotní stav

Reálné číslo od 0 (nejhorší zdravotní stav) do 100 (nejlepší zdravotní stav)



Příloha 3 – Dotazník kvality života (EuroQol)

Dotazník kvality života (EuroQol)

Prosíme vyberte jednu odpověď, která nejlépe vystihuje Váš dnešní zdravotní stav.

Pohyblivost

- Nemám obtíže při chůzi
- Mám určité obtíže při chůzi
- Jsem upoután a lůžko

Soběstačnost

- Jsem soběstačný(á)
- Mám problémy s mytím nebo oblékáním
- Nejsem schopen (schopna se umýt)

Běžné činnosti

- Nemám problémy s vykonáváním obvyklých činností (např. zaměstnání, studium, domácí práce, aktivity ve volném čase)
- Mám problémy s vykonáváním obvyklých činností
- Nejsem schopen (schopna) vykonávat běžné činnosti

Bolest / Potíže

- Nemám žádné bolesti či jiné obtíže
- Trpím mírnou bolestí nebo obtížemi
- Trpím výraznou bolestí či obtížemi

Strach / Deprese

- Nemá strach, nejsem depresivní
- Mám strach nebo deprese
- Mám velký strach nebo těžké deprese

Ve srovnání se zdravotním stavem za posledních 12 měsíců je můj zdravotní stav dnes:

- Lepší
- Téměř stejný
- Horší

EuroQol

Nejlepší
zdravotní
stav

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

Váš dnešní
zdravotní

Nejhorší
zdravotní
stav

0

Příloha 4 – Taxonomie výukových cílů

Taxonomie kognitivních cílů dle J. S. Blooma		
1.	zapamatování informací (znalost)	Znovupoznání nebo znovuvybavení poznatků a jejich reprodukce, nikoli přímé užití. Při operacionalizaci vyjadřujeme žádoucí (očekávané) zvládnutí operací aktivními slovesy (slovesnými vazbami) typu: <i>definovat, doplnit, napsat, opakovat, pojmenovat, popsát, přiřadit, seřadit, reprodukovat, vybrat, vysvětlit, určit apod.</i>
2.	pochopení, porozumění	Pochopení poznatků a schopnost jejich užití. Typická slovesa: <i>dokázat, jinak formulovat, ilustrovat, interpretovat, objasnit, vysvětlit, odhadnout, opravit, přeložit, převést, vyjádřit jinak (vlastními slovy, jinou formou), vypočítat, zkontrolovat, měřit aj.</i>
3.	aplikace	Transfer učení do situací pro jedince nových (problémů). Pro aplikaci jsou typická slovesa: <i>aplikovat, demonstrovat, diskutovat, interpretovat údaje a vztahy, načrtnout, navrhnout, plánovat, použít, prokázat, registrovat, řešit, uvést vztah mezi ..., uspořádat, vyčíslit, vyzkoušet apod.</i>
4.	analýza	Schopnost rozložit sdělení (objekt) na prvky nebo části tak, aby byly objasněny jak vztahy prvků nebo částí, tak celkové uspořádání myšlenek obsažených ve sdělení. Žák má být už schopen rozlišit fakta od hypotéz, zdůvodňující argumenty od závěrů, významné údaje od méně významných či nevýznamných atd. Typická slovesa: <i>analyzovat, najít princip uspořádání, provést rozbor, rozhodnout, rozlišit, rozdělit, specifikovat aj.</i>
5.	syntéza	Schopnost skládat prvky a části v celek. Kombinací prvků a částí se vytváří struktura, jež předtím neexistovala (byť subjektivně). Při syntéze je také třeba umět vyhledat prvky z různých pramenů či odvětví a skládat je do nových útvarů (přestrukturovat). Typická slovesa: <i>kategorizovat, klasifikovat, syntetizovat, kombinovat, skládat, modifikovat, napsat sdělení (zprávu), navrhnout, organizovat, shrnout, vyvodit obecné závěry aj.</i>
6.	hodnotící posouzení	Schopnost i potřeba posouzení hodnoty myšlenek, dokumentů, výtvorů, metod, způsobů řešení apod. z hlediska nějakého účelu (kritéria, normy) co do přesnosti, přiléhavosti, adekvátnosti, efektivnosti, hospodárnosti, účelnosti atd. Novým prvkem je zde použití kritérií, z nichž důležitou roli hrají hodnoty (systém hodnot). Tím se stává nejvyšší kategorie kognitivních cílů spojovacím článkem s oblastí cílů afektivních, postojových, v nichž je přijetí (zvnitřnění – internalizace) hodnot základním hlediskem pro rozlišení taxonometrických úrovní, ale už s důrazem na emotivní (nikoli kognitivní), postojovou stránku se zřetelem k prožitkům. Typická slovesa: <i>argumentovat, obhájit, ocenit, oponovat, podpořit (názory), porovnat, posoudit, provést kritiku, prověřit, srovnat s normou, vybrat, vyvrátit, uvést klady i zápory, zdůvodnit, zhodnotit aj.</i>

Taxonomie afektivních cílů dle D. B. Kratochvíla		
1.	vnímání podnětů (přijímání hodnot)	Nejnižší úroveň taxonomické klasifikace se charakterizuje citlivostí jedince k existenci určitých jevů nebo podnětů. Znamená to, že subjekt je ochoten je přijímat či vnímat. Jde vlastně o první předpoklad k tomu, aby se učení, které vychovávající zamýšlí u jedince vyvolat, zaměřilo příslušným směrem.
2.	reakce na podnět (reagování)	Tato úroveň se od pouhé vnímavosti k jevům liší zvýšenou aktivitou jedince a vyšším stupněm jeho zainteresovanosti.
3.	uznání, ocenění hodnoty	Na třetí úrovni dosahuje internalizace takového stupně, že určité skutečnosti nabývají pro jedince vnitřní hodnotu. Jsou oceňovány jako užitečné nebo žádoucí. Chování jedince tím získává konzistenci a stabilitu, oceňování hodnoty se stává motivační silou osobnosti. Člověk pociťuje závazek k hodnotě, jež začíná ovlivňovat jeho jednání. Charakterizovanou kategorii lze považovat za základ, z něhož se u jedince rozvíjí aktivní vnitřní kontrola jednání.
4.	organizování, systematizování (integrace hodnoty)	Při postupné internalizace hodnot se jedinec setkává se situacemi, k nimž se vztahuje více než jedna hodnota. Proto je nutné hodnoty integrovat do soustavy, určit vztah mezi nimi a stanovit základní, dominantní hodnoty v soustavě. Integrovaní a strukturování hodnot je v určitých situacích nezbytné, jinak by se chování stalo nepředvídatelným. Soustava hodnot se vytváří postupně.
5.	zvnitřňování, začlenění hodnoty do charakteru (integrace hodnoty v charakteru)	Na nejvyšší úrovni – úrovni internalizace – získávají hodnoty pevné místo v hodnotové hierarchii jedince, vytvářejí ucelený systém, který v plném rozsahu a dlouhodobě ovlivňuje lidské chování. Tento systém hodnot se včleňuje do charakteru a tím se dosahuje vnitřního přesvědčení osobnosti. K vyvolání určitého chování není již třeba emočního podnětu, pouze v tom případě, že by jedinec byl provokován nebo ohrožován. Má-li jedinec jednat ve shodě s internalizovanými hodnotami, musí být schopen zobecňovat své postoje a vytvořit si osobní životní filozofii.

Taxonomie psychomotorických cílů dle H. Daeva			
1.	imitace (nápodoba)		První úroveň psychomotorické činnosti. Žák po impulzu pozoruje příslušnou činnost a vědomě ji začíná napodobovat. Imitace probíhá na základě vnějších podnětů a pozorování. Člení se na impulzivní imitaci a vědomé opakování.
2.	manipulace (praktická cvičení)		Žák je schopen vykonat určitou pohybovou činnost podle slovního návodu, začíná rozlišovat mezi různými činnostmi a je schopen zvolit vhodnou nebo požadovanou činnost. Při zacházení s vybranými nástroji se začíná projevovat jistá obratnost. Tato kategorie se člení do tří subkategorií: manipulace podle instrukce, selekce, fixace.
3.	zpřesňování		Na této úrovni dokáže již žák vykonávat uložený pohybový úkol s mnohem větší přesností a tím i větší účinností, jedná se o přesnější a účinnější provedení.
	reprodukce	kontrola	
4.	koordinace		Je charakterizována jako koordinace několika různých činností řazených za sebou v požadovaném sledu, pohybové výkony jsou vnitřně konzistentní.
	selekce	harmonie	
5.	automatizace		V této fázi psychomotorické činnosti se objevují automatizované prvky, které vedou k maximu účinnosti příslušných psychomotorických dovedností při minimálním vynaložení energie.
	úplná	částečná	

Příloha 5 – Práva pacientů

Práva pacientů (1992)

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou kvalifikovanými pracovníky s porozuměním.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezením takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, která se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace, léčba jsou věci důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby, jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřených způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté co mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách. Zdravotní zařízení, které má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědem předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez udání důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnosti znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocničním řádem). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Práva pacientů byla prohlášena platná dnem 25.2.1992

Příloha 6 – Amsterodamská deklarace

AMSTERODAMSKÁ DEKLARACE

DEKLARACE O PODPOŘE PRÁV PACIENTŮ V EVROPĚ (1994)

I. Lidská práva

1. Každý má právo na respekt vůči své osobě, jako lidské bytosti.
2. Každý má právo sám o sobě rozhodovat.
3. Každý má právo na tělesnou i duševní nedotknutelnost a na bezpečnost své osoby.
4. Každý má právo na respekt vůči svému soukromí.
5. Každý má právo, aby byly respektovány jeho morální zásady a kulturní hodnoty, náboženské a filozofické přesvědčení
6. Každý má právo na takovou ochranu zdraví, jakou je možno zajistit preventivními opatřeními a zdravotní péčí a možností usilovat o nejvyšší dosažitelnou úroveň svého zdraví.

II. Informovanost

1. Informovanost o zdravotních službách a o jejich nejlepšímu využití musí být dostupné veřejnosti, aby z nich měli prospěch všichni, jichž se to týká.
2. Pacienti mají právo na úplné informace o svém zdravotním stavu, včetně medicínských poznatků o svém zdravotním stavu, jakož i o navrhované léčbě, možných rizicích a výhodách každého postupu; o alternativách k navrhovaným postupům, včetně důsledků neléčení; a dále o diagnóze, prognóze a pokroku v léčení .
3. Informace mohou výjimečně být před pacienty utajeny, pokud existuje závažný důvod se domnívat, že tyto informace, aniž by od nich bylo možno očekávat pozitivní účinek, by jim mohly způsobit vážnou škodu.
4. Informace musí být pacientovi sděleny způsobem odpovídajícím jeho schopnostem jim porozumět, při minimálním použití neznámé, odborné terminologie. Pokud pacient nemluví stejným jazykem, měla by být k dispozici určitá forma tlumočení.
5. Pacienti mají právo nebyť informováni, pokud o to výslovně požádají.
6. Pacienti mají právo zvolit si , zda a komu má informace být poskytnuta místo nich.
7. Pacienti by měli mít možnost vyžádat si názor dalšího odborníka.

8. Při přijetí do zdravotnického zařízení by pacienti měli být seznámeni s totožností a odborným postavením osob, které jim poskytují zdravotní péči a dále o pravidlech a zvyklostech, platných pro jejich pobyt a péči.
9. Při propuštění ze zdravotnického zařízení by pacienti měli mít možnost na požádání dostat písemný záznam o jejich diagnóze, terapii a poskytované péči.

III. Souhlas

1. Informovaný souhlas pacienta je předpokladem pro jakýkoliv lékařský zákrok.
2. Pacient má právo odmítnout nebo přerušit lékařský zákrok. Důsledek odmítnutí nebo přerušení zákroku je nutno pacientovi pečlivě vysvětlit.
3. Pokud pacient není schopen vyjádřit svoji vůli a lékařský zákrok je naléhavě potřebný, lze souhlas pacienta předpokládat, pokud není zřejmé z jeho dřívějšího vyjádření, že by za dané situace souhlas odmítl.
4. Pokud je nutný souhlas zákonného zástupce a zákrok je naléhavě nutný, pak zákrok může být proveden pouze pokud není možné souhlas zástupce získat dostatečně rychle.
5. Pokud je nutný souhlas zákonného zástupce, pacienta (ať již z důvodu nedosažení plnoletosti nebo plnoletí), musí nicméně být v maximální míře zapojeni do procesu rozhodování v závislostech na jejich schopnostech.
6. Pokud zákonný zástupce odmítne dát souhlas a lékař nebo jiný poskytovatel zdravotní péče je toho názoru, že zákrok je v zájmu pacienta, pak je nutno vyžádat rozhodnutí soudu nebo jiného rozhodčího orgánu.
7. Ve všech ostatních situacích, kdy pacient není schopen dát informovaný souhlas a neexistuje zákonný zástupce nebo zástupce stanovený pro tento účel pacientem, měly by být podniknuty přiměřené kroky, zajišťující náhradní rozhodnutí, které bude brát v úvahu, co je známo, a pokud možno i co lze předpokládat o přáních pacienta..
8. Souhlas pacienta je vyžadován pro uchování a použití veškerých částí lidského těla. Souhlas lze předpokládat, pokud mají být použity během diagnózy, léčby a péče u téhož pacienta.
9. Informovaný souhlas pacienta je nezbytný pro jeho zapojení do klinické výuky.
10. Informovaný souhlas pacienta je předpokladem pro účast na vědeckém výzkumu. Veškeré protokoly musí být podrobeny řádnému etickému posouzení. Tento výzkum by neměl být prováděn na osobách, které nemohou vyjádřit svoji vůli, kromě případů, kdy byl získán souhlas od zákonného zástupce a lze předpokládat, že výzkum je v zájmu pacienta. Z podmínky, že účast na výzkumu má být v zájmu

pacienta, lze výjimečně slevit v případě osob nezpůsobilých, pokud se jedná o výzkum pozorováním, které nepřináší přímý prospěch jejich zdraví za předpokladu, že osoba neprojevuje odpor, a že riziko popř.zátěž pro ji je minimální, že výzkum přinese významný přínos, a že pro takový výzkum nejsou k dispozici žádné alternativní metody nebo jiné subjekty.

IV. Důvěra a soukromí

1. Všechny informace o pacientovu zdravotním stavu, zdravotnické kondici, diagnóze, prognóze a léčbě a všechny jiné informace osobní povahy musí být důvěrné, dokonce i po smrti.
2. Důvěrné informace mohou být poskytnuty jen když k tomu dá pacient souhlas nebo když to nařídí zákon. Souhlas lze předpokládat, když se informací poskytnou i jinému poskytovateli .zdravotnické péče, který je zapojen do léčby pacienta.
3. Všechny identifikační údaje o pacientovi musí být chráněny. Ochrana údajů musí být v souladu s jejich uskladněním. Lidské tkáně, z nichž se může odvodit identifikace pacienta musí být chráněna stejným způsobem.
4. Pacienti mají právo, aby jim byl umožněn přístup k jejich lékařským kartotékám a záznamům vztahujícím se k jejich diagnostice, léčbě a ošetření, mají právo na poskytnutí kopii z kartoték, záznamů nebo jejich částí z nich. Takovýto postup vylučuje údaje, týkající se třetí strany.
5. Pacienti mají právo požadovat opravu, doplnění a vypuštění objasnění nebo nesprávné časové označení údajů v osobních nebo lékařských údajích, které se jich týkají a které jsou nepřesné, neúplné, dvojsmyslné nebo časově nepřesné, anebo které jsou nepodstatné pro účely diagnózy, léčby a ošetření.
6. Nesmí se vstupovat do pacientova soukromí a rodinného života, jen, a to při souhlase pacienta, když se to může omluvit potřebou diagnostiky, léčby a ošetření pacienta.
7. Lékařské zákroky se mohou vykonávat jen se zachováním respektu k soukromí pacienta. To znamená, že zákrok je možné vykonávat jen v přítomnosti osob nutných pro vykonání zákroku, pokud není rozdílný pacientův souhlas nebo požadavky.
8. Pacienti přijatí do zdravotnických zařízení mají právo očekávat vhodné vybavení, které zaručí jejich soukromí, především když jim poskytovatelé zdravotní péče nabídnou osobní péči, vyšetření a léčbu.

V. Ošetřování a léčba

1. Každý má právo na takovou zdravotní péče, která odpovídá jeho zdravotním potřebám, včetně preventivní péče a činností zaměřených na podporu zdraví. Služby by měly být k dispozici nepřetržitě a měl by být všem zajištěn spravedlivý přístup bez diskriminace, podle dostupných finančních, lidských a materiálních zdrojů, které mohou být v dané společnosti poskytnuty.
2. Pacienti mají kolektivní právo být v nějaké formě zastoupeni na všech úrovních systému zdravotní péče a to v záležitostech týkajících se plánování a vyhodnocování služeb, včetně rozsahu, kvality a fungování zdravotní péče.
3. Pacienti mají právo na takovou kvalitu péče, která se vyznačuje jak vysokou technickou úrovní tak i humánním vztahem mezi pacientem a poskytovateli zdravotní péče.
4. Pacienti mají právo na kontinuitu péče včetně spolupráce mezi všemi poskytovateli zdravotní péče či zařízeními, která se zabývají diagnózou, léčbou a ošetřením.
5. Za situace, kdy poskytovatelé jsou nuceni provést volby mezi potenciálními pacienty pro určitou léčbu, která je dostupná jen v omezené míře, pak všichni tito pacienti mají právo na spravedlivý postup při výběru pro danou léčbu. Výběr musí být založen na medicínských kritériích a musí být proveden bez diskriminace.
6. Pacienti mají právo si vybrat nebo změnit svého lékaře, jiného poskytovatele zdravotní péče či zdravotnické zařízení za předpokladu, že je to slučitelné s fungováním systému zdravotní péče.
7. Pacienti, u nichž již nejsou medicínské důvody pro další pobyt ve zdravotnickém zařízení, dříve než jsou převedeni do jiného zdravotnického zařízení nebo posláni domů, mají právo na úplné vysvětlení. Převedení pacienta může být provedeno až poté, co jiné zdravotnické zařízení souhlasilo s přijetím pacienta. Pokud je pacient propuštěn domů a vyžaduje-li to jeho stav, měla by být k dispozici komunitní, domácí péče.
8. Pacienti mají právo na důstojné zacházení s ohledem na jejich diagnózu, léčbu a ošetřování, které by měly být poskytovány při respektování jejich vlastních kulturních a společenských hodnot.
9. Pacienti mají právo na podporu rodiny, příbuzných a přátel v průběhu ošetřování a léčby a na to, aby se jim kdykoliv dostalo duchovní útěchy a podpory.
10. Pacienti mají právo na ulehčení svého utrpení podle posledních vědeckých poznatků.
11. Pacienti mají právo na humánní terminální péči a na důstojné umírání.

VI. Uplatňování práv

1. Výkon práv uvedených v tomto dokumentu předpokládá, že pro tento účel jsou vytvořeny odpovídající právní nástroje.
2. Výkon těchto práv bude zajištěn bez diskriminace.
3. Při výkonu těchto práv budou pacienti podrobeni jen takovým omezením, která jsou slučitelná s právními nástroji ochrany základních lidských práv a jsou v souladu se zákonnými postupy.
4. Pokud pacienti nemohou sami využívat práv daných v tomto dokumentu, pak by tato práva měla být uplatněna jejich zákonným zástupcem nebo osobou, kterou pacient pro tento účel určí, v případě, že nebyl ustaven právní zástupce ani osobní zástupce, je nutno přijmout jiná opatření pro zastupování těchto pacientů.
5. Pacienti musí mít přístup k informacím a pokynům, které jim umožní uplatňovat práva uvedená v tomto dokumentu. Pokud pacienti usoudí, že jejich práva nebyla respektována, měli by mít možnost podat stížnost. Vedle obracení se na soudy by měly existovat nezávislé mechanismy na úrovni ústavu nebo jiné mechanismy umožňující podávání a projednávání stížností a rozhodování o nich. Tyto mechanismy by mimo jiné zajišťovaly, aby informace o postupu stížností byly pacientům přístupné, a aby byla k dispozici a dostupná nezávislá osoba ke konzultacím ohledně nevhodnějších kroků, které mají být podniknuty. Tyto mechanismy by dále měly zajistit, aby v případě potřeby byla pacientovi k dispozici asistence a zastání. Pacienti mají právo na to, aby jejich stížnosti byly posouzeny a důkladně, spravedlivě, účinně a rychle vyřešeny a aby dostali informace o jejich výsledku.

ETICKÝ KODEX LÉKAŘSKÉ KOMORY ČESKÉ REPUBLIKY (1996)

I. Obecné zásady

§ 1

1. Stavovskou povinností lékaře je péče o zdraví každého člověka bez rozdílu, v souladu se zásadami lidskosti, v duchu úcty ke každému lidskému životu se všemi ohledy na důstojnost lidského jedince.
2. Úkolem lékaře je chránit zdraví a život, mírnit utrpení a to bez ohledu na národnost, rasu, barvy pleti, náboženské vyznání, politickou příslušnost, sociální postavení, sexuální orientaci, věk, rozumovou úroveň a pověst pacienta či osobní pocity lékaře.
3. Lékař má znát zákony a závazné předpisy platné pro výkon povolání a tyto dodržovat. S vědomím osobního rizika se nemusí cítit být jimi vázán, pokud svým obsahem, nebo ve svých důsledcích narušují lékařskou etiku, ohrožují základní lidská práva.
4. Lékař je povinen být za všech okolností ve svých profesionálních rozhodnutích nezávislý a odpovědný.
5. Lékař uznává právo každého člověka na svobodnou volbu lékaře.

II. Lékař a výkon povolání

§ 2

1. lékař v rámci své odborné způsobilosti a kompetence svobodně volí a provádí ty preventivní, diagnostické a léčebné úkony, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy a jsou prakticky dostupné, a které považuje pro nemocného za nejvýhodnější. Přitom je povinen respektovat v co největší možné míře vůli nemocného (nebo jeho zákonného zástupce).
2. Každý lékař je povinen v případech ohrožení života a bezprostředního vážného ohrožení zdraví neodkladně poskytnout lékařskou pomoc.
3. Lékař musí plnit své povinnosti v situacích veřejného ohrožení a při katastrofách přírodní nebo jiné povahy.
4. Lékař má právo odmítnout péči o nemocného z odborných důvodů nebo je-li pracovně přetížen, nebo je-li přesvědčen, že se nevytvořil potřebný vztah důvěry mezi ním a pacientem. Je povinen doporučit, v případě souhlasu nemocného zajistit, vhodný postup v pokračování léčby.
5. Lékař nemůže být donucen k takovému lékařskému výkonu nebo spoluúčasti na něm, který odporuje jeho svědomí.
6. Lékař nesmí předepisovat léky, na něž vzniká závislost, nebo které vykazují účinky dopingového typu k jiným než léčebným účelům.
7. Lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Euthanázie a asistované suicidium nejsou přípustné.
8. U transplantací se lékař řídí příslušnými předpisy. Odběru tkání a orgánů nesmí být zneužito ke komerčním účelům.

9. Lékař je v zájmu pacienta povinen důsledně zachovávat lékařské tajemství, s výjimkou případů, kdy je této povinnosti souhlasem pacienta zbaven nebo když je to stanoveno zákonem.
10. Lékař, který vykonává své povolání, je povinen odborně se vzdělávat.
11. Lékař je povinen při výkonu povolání vést a uchovávat řádnou dokumentaci písemnou nebo jinou formou. Ve všech případech je nutná přiměřená ochrana znemožňující změnu, zničení nebo zneužití.
12. Lékař nesmí své povolání vykonávat formou potulné praxe.
13. Lékař nesmí sám nebo po dohodě s jinými ordinovat neúčelné diagnostické, léčebné a jiné úkony ze zjištěných motivů. V rámci své pravomoci nesmí poskytovat odborně neodpovídající vyjádření, z nichž by plynuly občanům neoprávněné výhody.
14. Pokud lékař doporučuje ve své léčebné praxi léky, léčebné prostředky a zdravotní pomůcky, nesmí se řídit komerčními hledisky, ale výhradně svým svědomím a prospěchem pacienta.
15. Lékař se podle svého uvážení účastní na prezentaci a diskusi medicínských témat na veřejnost, v tisku, televizi, rozhlasu, musí se však vzdát individuálně cílených lékařských rad a doporučení pro svůj soukromý prospěch.
16. Lékař se musí zdržet všech nedůstojných aktivit, které přímo nebo nepřímo znamenají propagaci nebo reklamu jeho osoby a lékařské praxe a svých důsledcích jsou agitační činností cílenou na rozšíření klientely. Nesmí rovněž tyto aktivity iniciovat prostřednictvím druhých osob.
17. Nový způsob léčení je možné použít u nemocného až po dostatečných biologických zkouškách, za podmínek dodržení Helsinské konvence a Norimberského kodexu pod přísným dohledem a pouze tehdy, pokud pacienta nepoškozuje.
18. Lékař si má být vědom své občanské úlohy i vlivu na okolí.

III. Lékař a nemocný

§ 3

1. Lékař plní vůči nemocnému odpovědně a svědomitě své profesionální povinnosti. Vždy včas a důsledně zajistí náležitá léčebná opatření, která zdravotní stav nemocného vyžaduje.
2. Lékař se k nemocnému chová korektně, s pochopením trpělivosti a nesníží se k hrubému nebo nemravnému jednání. Bere ohled na práva nemocného.
3. Lékař se má vyvarovat paternalistických pozic v postojích vůči nemocnému a respektovat ho jako rovnocenného partnera se všemi občanskými právy i povinnostmi včetně zodpovědnosti za vlastní zdraví.
4. Lékař je povinen pro nemocného srozumitelným způsobem, odpovědně informovat jeho nebo zákonného zástupce o charakteru onemocnění, zamýšlených diagnostických a léčebných postupech včetně rizik, o uvažované prognóze a o dalších důležitých okolnostech, které během léčení mohou nastat.
5. Zadržetí informací o nepříznivé diagnóze nebo prognóze je možné individuálně v zájmu nemocného dle úvahy a svědomí lékaře. V těchto případech by měl lékař, pokud nemocný neurčí jinak, informovat rodinné příslušníky pacienta, nebo osoby jemu blízké.
6. Lékař nesmí zneužívat ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoliv způsobem.

IV. Vztahy mezi lékaři

§ 4

1. Základem vztahů mezi lékaři je vzájemně čestné, slušné a společensky korektní chování spolu s kritickou náročností, respektováním kompetence, přiznáním práva na odlišný názor.
2. Lékař v zájmu své stavovské cti i s ohledem na pověst lékařské profese nesmí podceňovat a znevažovat profesionální dovednosti, znalosti a poskytované služby jiných lékařů, natož používat ponižujících výrazů o jejich osobách, komentovat nevhodným způsobem činnost ostatních lékařů v přítomnosti nemocných a nelékařů.
3. Lékař kolegiálně spolupracuje s těmi lékaři, kteří současně nebo následně vyšetřují či léčí stejného pacienta. Předává-li z důvodných příčin nemocného jinému lékaři, musí mu odevzdat zjištěné nálezy a informovat ho o dosavadním průběhu léčby.
4. Lékař je povinen požádat dalšího nebo dalšího lékaře o konzilium vždy, když si to vyžádají okolnosti a nemocný souhlasí. Je právem lékaře navrhnout osobu konzultanta. Závěry konziliárního vyšetření mají být dokumentovány zásadně písemnou formou a je povinností o nich informovat nemocného, se zvláštním důrazem tehdy, pokud se názory lékařů liší, a je právem lékaře vzdát se dalšího léčení, pokud se nemocný přikloní k jinému názoru konzultanta.
5. Lékař musí svou praxi vykonávat zásadně osobně. Zastupován může být dočasně, a to lékařem vedeným v seznamu Lékařské komory a splňujícím potřebné odborné předpoklady.

V. Lékař a nelékař

§ 5

1. Lékař spolupracuje se zdravotnickými pracovníky vyškolenými v různých specializovaných činnostech. Pověří-li je diagnostickými nebo léčebnými úkoly a dalšími procedurami, musí se přesvědčit, zda jsou odborné, zkušenostmi a zodpovědností způsobilí tyto úkony vykonávat.
2. Lékaři není dovoleno vyšetřovat nebo léčit s osobou, která není lékařem a nepatří k zdravotnímu personálu. Tyto osoby nesmějí být přítomny ani jako diváci při lékařských výkonech. Výjimkou z uvedených zásad jsou osoby, které se u lékaře vzdělávají, nebo pracují v lékařských oborech a další osoby, s jejichž přítomností pacient souhlasí, pokud není lékařsky zdůvodněna.

Příloha 8 – Poučení a informovaný souhlas pacienta



FAKULTNÍ NEMOCNICE
OLMOUC

I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc
Tel. 588 441 111, E-mail: fn@fnol.cz
IČO: 00098892

HEMATO-ONKOLOGICKÁ
KLINIKA

Dokument č.:
Fm-L009-001-HOK-001

Verze č.: 2

Poučení a informovaný souhlas pacienta se zavedením žilního portu

Pacient(tka) – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	

Název výkonu

Zavedení žilního portu.

Účel výkonu

Zavedení portu je výkon nezbytný k získání dlouhodobého (až 5 let) přístupu do krevního oběhu v oblasti velkých cév, nejčastěji žíly podklíčkové, vzácně žíly stehenní či krční, pro potřeby podávání opakované nitrožilní léčby.

Povaha výkonu

Provádí se delší jehlou v místním znecitlivění, tzv. Seldingerovou metodou (jehlou se zavede do cévy drátěný vodič, po kterém je pak zaveden katétr). Konec katétru je napojen na komůrku zavedenou pod kůži. Komůrka je opatřena membránou, kterou lze přes kůži opakovaně napichovat a tím získat stabilní přístup do krevního oběhu, který umožňuje podávání většiny potřebných léků a odběry vzorků krve na vyšetření bez nutnosti opakovaného napichování menších podkožních žil na končetinách nebo opakovaných kanylací velké žíly. Nedílnou součástí výkonu je rentgenová kontrola polohy portu, někdy za použití jódové kontrastní látky. Do odstranění stehů je nutné chránit ránu po zavedení portu podle pokynů zdravotnického personálu. Je také nezbytné se vyvarovat napínání svalů v místě rány po zavedení portu.

Předpokládaný prospěch výkonu

Získání stabilního přístupu do krevního oběhu pro podávání léků, jak je uvedeno v předchozím odstavci.

Alternativa výkonu

Není zcela plnohodnotná alternativa k zavedenému portu. Opakovanou nitrožilní léčbu je možné podávat i do drobných povrchových žil na končetinách, avšak s rizikem jejich zanícení a zneprůchodnění např. po opakovaném podání chemoterapie; případně je možné opakovaně zavádět žilní kanyly do centrálních žil. Rizika výkonu jsou však přinejmenším stejná jako u zavedení portu, komfort pro nemocného je nesrovnatelně vyšší při zavedeném žilním portu.

Možná rizika zvoleného výkonu

Úspěch lékařských výkonů a jejich absolutní nerizikovitost nelze nikdy zcela zajistit.

Nejčastější možné komplikace jsou:

- alergická reakce na dezinfekci (jod), na znecitlivující látku či do žíly aplikovanou kontrastní látku
- krátkodobá bolestivost v místě zavedení
- vzácněji déletrvajících krvácení z místa zavedení při některých onemocněních krevetvorby či poruchách srážlivosti
- vniknutí vzduchu do pohrudniční dutiny (tzv. pneumotorax) při poranění pohrudnice
- ucpání portu krevní sraženinou
- zavlečení infekce do portu s nutností jeho odstranění

Následky výkonu

Pacient se zavedeným portem by měl omezit činnosti vystavující port silnému mechanickému působení, které může vést k jeho poškození (např. kontaktní sporty, střelba apod.)

Souhlas:

Vzor vyplnění (zatržení): Nehodící se škrtněte	ANO	<input checked="" type="checkbox"/> NE
Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve FN Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	ANO	NE
Všem těmto vysvětlením a poučením, které mi byly zdravotnickým pracovníkem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny.	ANO	NE

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:

- že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví, souhlasím s jejich provedením.	ANO	NE
- že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby:	ANO	NE
- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.	ANO	NE

Datum:	Hodina	Podpis pacienta(tky)

Jméno příjmení lékaře(řky), který(á) provedl(a) poučení	Podpis lékaře(řky), který(á) provedl(a) poučení

Jméno a příjmení lékaře(řky), provádějícího(cí) výkon	Podpis lékaře(řky), provádějícího(cí) výkon	Datum:	Hodina

Zpracoval: MUDr. Tomáš Szotkowski
Přednosta: prof. MUDr. Karel Indrák, DrSc.
Zástupce přednosta pro LP: MUDr. Tomáš Papajík, CSc.

Příloha 9 – Edukační list

<p>Oddělení: Příjmení, jméno klienta: Medicínská diagnóza:</p> <p>Edukovaný je: <i>Pa</i> pacient <i>RO</i> rodina <i>OS</i> ostatní</p>	<p>Vztah klienta ke zdravotnickému zařízení:</p> <p><input type="checkbox"/> hospitalizovaný/ plánované propuštění: <input type="checkbox"/> ambulantní <input type="checkbox"/> účastník vzdělávací akce <input type="checkbox"/> jiné:</p>	<p>Edukace je zaměřena:</p> <p><input type="checkbox"/> Vstupní informace <input type="checkbox"/> Jednorázové vzdělávání <input type="checkbox"/> Průběžné vzdělávání <input type="checkbox"/> Reeducace <input type="checkbox"/> Informace při propuštění <input type="checkbox"/> Jiné.....</p>
<p>Používání pomůcek, závislost na přístroji: <input type="checkbox"/> zubní protéza <input type="checkbox"/> naslouchadlo <input type="checkbox"/> berle/vozík <input type="checkbox"/> dialýza <input type="checkbox"/> inzulin <input type="checkbox"/> respirační terapie <input type="checkbox"/> stomie <input type="checkbox"/> kardiostimulátor <input type="checkbox"/> medikace <input type="checkbox"/> jiné:</p> <p>Medikace ovlivňující edukaci: </p>	<p>Reakce na edukaci: <i>DT</i> Dotazy <i>VP</i> Verbalizace pochopení <i>OV</i> Odmítnutí výuky <i>NO</i> Nutno opakovat <i>Ne</i> Nezáměr <i>NP</i> Neschopnost pochopit <i>PD</i> Prokázaná dovednost <i>J</i> Jiné.....</p>	<p>Forma edukace: <i>U</i> ukázka <i>LE</i> letáček <i>VE</i> verbálně <i>AVTV</i> Audio/Video/TV <i>PÍ</i> písemně <i>I</i> instrukce <i>J</i> jiné:.....</p>
<p>Edukační potřeba v oblasti:</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Podpora zdraví <input type="checkbox"/> 2. Výživa <input type="checkbox"/> 3. Vylučování <input type="checkbox"/> 4. Aktivita – odpočinek <input type="checkbox"/> 5. Vnímání – poznávání <input type="checkbox"/> 6. Vnímání sebe sama <input type="checkbox"/> 7. Vztahy <input type="checkbox"/> 8. Sexualita <input type="checkbox"/> 9. Zvládání zátěže –odolnost vůči stresu <input type="checkbox"/> 10. Životní principy <input type="checkbox"/> 11. Bezpečnost –ochrana <input type="checkbox"/> 12. Komfort <input type="checkbox"/> 13. Růst/vývoj</p>	<p>Plánované téma edukace: číslo, název:</p> <p>EP 1: EP 2: EP 3: EP 4: EP 5: EP 6: EP 7: EP 8: EP 9: EP 10: EP 11: EP 12: EP 13:</p>	<p>Existující komunikační bariéra:</p> <p><input type="checkbox"/> Smyslová: sluch zrak čich chuť hmat <input type="checkbox"/> Fyzická: <input type="checkbox"/> Jazyková: cizí jazyk: <input type="checkbox"/> Řeč, čtení, psaní: afazie dysfazie apraxie dyslexie koktání <input type="checkbox"/> Etnická: <input type="checkbox"/> Duchovní: <input type="checkbox"/> Psychická: stres úzkost deprese jiné: <input type="checkbox"/> Neschopnost řeči: afázie:jiné: <input type="checkbox"/> Iatrogenní: lékař sestra léky jiné: <input type="checkbox"/> Věk: let <input type="checkbox"/> Biorytmus <input type="checkbox"/> Bolest <input type="checkbox"/> Akutní nemoc, prognóza: <input type="checkbox"/> Jiné.....</p>
<p>Edukační anamnézu odebral/a, podpis:</p>	<p>Dne:</p>	<p>Zdroj informací:</p>

Příloha 11 – Informační leták o portech pro pacienty a jejich blízké